

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**THAISE LIARA DA SILVA**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E DE INTERNAÇÃO DE PACIENTES  
EM TRATAMENTO NA UNIDADE PSIQUIÁTRICA DE UM HOSPITAL GERAL**

**CURITIBA**  
**2011**

**THAISE LIARA DA SILVA**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E DE INTERNAÇÃO DE PACIENTES  
EM TRATAMENTO NA UNIDADE PSIQUIÁTRICA DE UM HOSPITAL GERAL**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do Título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mariluci Alves Maftum

**CURITIBA**

**2011**

Silva, Thaise Liara

Perfil sociodemográfico, clínico e de internação e de pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral / Thaise Liara da Silva – Curitiba, 2011.

110 f.: il. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Mariluci Alves Maftum

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2011.

Inclui bibliografia

1. Saúde mental. 2. Perfil de saúde. 3. Prática profissional.  
4. Enfermagem. I. Maftum, Mariluci Alves. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

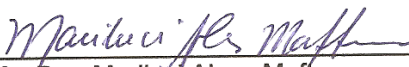
CDD 616.890231

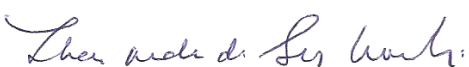
## TERMO DE APROVAÇÃO

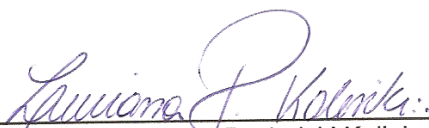
THAISE LIARA DA SILVA

### PERFIL SOCIODEMOCRÁFICO, CLÍNICO E DE INTERNAÇÃO DE PACIENTES EM TRATAMENTO NA UNIDADE PSIQUIÁTRICA DE UM HOSPITAL GERAL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:   
Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

  
Profa. Dra. Thais Aidar de Freitas Mathias  
Membro Titular: Universidade Estadual de Maringá - UEM

  
Profa. Dra. Luciana Puchalski Kalinke  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 07 de dezembro de 2011.

**Este trabalho é dedicado:**

A **Deus**, que me trouxe até aqui e mostrou que era possível.

A meus pais **Adilson e Rita**, instrumentos de Deus neste mundo. Amo-os infinitamente.

À minha **Família**, que sempre me deu amor, colo e carinho.

Às **Pessoas** que sofrem com um transtorno mental, meu respeito e desejo de uma sociedade melhor e uma vida digna.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me tecer nas entranhas de minha mãe e escrever em Seu livro cada dia de minha vida.

À minha avó **Maria**, mais que avó, mãe, que apenas com um olhar é capaz de transmitir carinho e paz. Sem entender direito do que se tratava essa caminhada estava sempre rezando por mim.

Aos meus pais **Adilson e Rita**, pelos exemplos de vida. Pela primeira formação, por me ensinarem a ler o mundo e escrever a minha história. Pelo carinho e incentivo.

Aos meus irmãos **Thiago e Isabella**, pelo amor, atenção, abraços e cumplicidade. Cada dia que passo ao lado de vocês faz minha vida valer a pena.

À Professora Doutora **Mariluci Alves Maftum**, que, com presteza e paciência, conduziu a orientação desse trabalho e me ensinou coisas para toda a vida.

À Professora Doutora **Thais Aidar de Freitas Mathias**, pelo incentivo em uma hora difícil e pela compreensão, além das contribuições neste trabalho.

À Professora Doutora **Luciana Kalinke**, que prontamente aceitou compor a banca e contribuir para a finalização do trabalho.

Aos **Professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que, através de suas ações, proporcionaram momentos de aprendizagem e amadurecimento.

Ao **CNPq**, pelo financiamento da pesquisa entre os meses de março e agosto de 2011.

Ao **Departamento de Enfermagem** da Universidade Estadual do Centro Oeste, por apoiar a formação acadêmica e me incentivar durante esses dois anos.

À minha amiga **Renata** com quem dividi dois anos de despesas, conversas, sorrisos e lágrimas. Quando temos uma companhia, o caminho fica mais leve.

Aos meus **Tios Ana e Antônio**, por me receberem na sua casa, me tratarem como filha e dispensarem amor e compreensão.

Aos meus **amigos**, sem vocês, eu não teria conseguido. Com vocês, o mundo fica bem mais divertido.

Às minhas **Colegas de Turma**, que deixaram as segundas e terças, por mais frias e cinzentas que podiam parecer, claras e iluminadas.

A todos, sinceramente, muito obrigada!

*O tempo de vocês é limitado, então não percam tempo vivendo a vida de outro. Não sejam aprisionados pelo dogma – que é viver com os resultados do pensamento de outras pessoas. Não deixem o barulho da opinião dos outros abafar sua voz interior. E mais importante, tenham a coragem de seguir seu coração e sua intuição. Eles, de alguma forma, já sabem o que vocês realmente querem se tornar. Tudo o mais é secundário.*

*Steve Jobs*

## RESUMO

SILVA, T.L. **Perfil Sociodemográfico, Clínico e de Internação de Pacientes em Tratamento na Unidade Psiquiátrica de um Hospital Geral.** 112fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2011

Os transtornos mentais e comportamentais estão entre as condições crônicas mais prevalentes, podendo afetar indivíduos de qualquer classe social, em qualquer fase da vida. Entre estes transtornos, destacam-se os depressivos, esquizofrenia e aqueles devidos ao uso de substâncias químicas. Assim como no mundo, a organização da assistência em saúde mental no Brasil seguiu os contextos econômicos e culturais, passando por uma remodelação do foco hospitalocêntrico para o modelo psicossocial. Atualmente, a rede de atenção à saúde mental, determinada pela Política Nacional de Saúde Mental, é composta por diversos serviços, entre eles as Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral (UPHG), que tem como objetivo atender as pessoas com transtorno mental com sintomas exacerbados, o mais próximo de sua realidade. A UPHG local deste estudo compreende uma unidade que presta serviços ao Sistema Único de Saúde e atende à demanda dos Municípios da 5ª Regional de Saúde. Diante deste contexto, emergiu a questão norteadora deste trabalho *“Qual o perfil dos pacientes com transtorno mental em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral?”*. O objetivo geral deste trabalho é caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e de internação do paciente com transtorno mental em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal. Foram incluídos 240 pacientes internados na unidade no primeiro semestre de 2011. Para análise dos dados, foram utilizados médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrão ou por frequências e percentuais. Para associação das variáveis, foram utilizados o teste Qui-quadrado, mediante programa computacional *Statistica* v.8.0. Os resultados apontam para um perfil de pessoas do sexo masculino, em idade produtiva, brancos, solteiros, com pelo menos um filho e faixa de renda individual de R\$545,00. O perfil clínico evidenciou que o início dos transtornos mentais se deu na adolescência, e a prevalência é de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas. A ocorrência de pelo menos um familiar com transtorno mental se deu em mais da metade dos casos, e a utilização do serviço hospitalar se mostrou superior ao uso de serviços extra-hospitalares. O uso de substâncias psicoativas foi maior entre os participantes da pesquisa do que a média nacional. A caracterização da internação mostrou que em sua maioria o motivo da procura pelo serviço hospitalar está relacionado a problemas com substâncias psicoativas. O tempo de internação variou de dois a 90 dias, com média de 26 dias, com desfecho positivo, porém sem encaminhamento para serviço extra-hospitalar e participação da família. Para o enfermeiro, esse tipo de estudo pode contribuir para planejar ações em saúde e inserir este profissional tanto em atividades administrativas de planejamento, quanto em atividades assistenciais.

**PALAVRAS - CHAVE:** Enfermagem. Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Perfil de Saúde.



## **ABSTRACT**

**SILVA, T.L. Sociodemographic, Medical and Hospitalization Profile of Patients in Psychiatric Treatment Unit in a General Hospital.** 112sheets. (Thesis) Master in Nursing. Graduate Program in Nursing. Universidade Federal do Paraná, 2011

The mental and behavioral disorders are among the most prevalent chronic conditions, possible to affect individuals of any class, at any stage of life. Among these, we highlight the depression, schizophrenia and those due to the use of chemicals. Just as worldwide, the organization of mental health care in Brazil followed the economic and cultural contexts, undergoing a remodeling from the focus on hospital to the psychosocial model. Currently, the network of mental health care, as determined by the National Policy on Mental Health, is composed of several services, including the Psychiatric Units in General Hospital (GHPU), which aims to assist people with mental disorder with exacerbated symptoms as close to their reality as possible. The GHPU stage to this study comprises a unit that provides services to the Unified Health System, and meets the demands of Municipalities of the 5th Regional of Health. Given this context, the core question of this work emerged: What is the profile of patients with mental disorders treated at psychiatric units of a general hospital? General Objective: Characterize the demographic, clinical and hospitalization profile of patients with mental disorders treated in the psychiatric unit of a general hospital. This is a transversal quantitative and descriptive research. 240 patients admitted to the unit in the first half of 2011 were included. For data analysis average, median, minimum values, maximum values and standard deviations or as frequencies and percentages were used. For the association of the variables we used the chi-square test, using the software Statistica v.8.0. The results point to a profile of males in working age, white, unmarried, with at least one child and individual income range of R\$545.00. The clinical profile showed that the beginning of mental disorders occurred in adolescence and the prevalence is for mental and behavioral disorders related to the use and abuse of psychoactive substances. The occurrence of at least one family member with a mental disorder appeared in more than half of the cases, and the use of hospital services was superior to the use of external services. The use of psychoactive substances appeared higher among study participants than the national average. The characterization of hospitalization showed that, mostly, the reason for the demand of hospital services is related to problems with psychoactive substances, hospitalization time ranged from two to 90 days, averaging 26 days with positive outcome but without forwarding service for extra- hospital and family participation. For nurses, this type of study can contribute to public to planning health efforts and to inset this professional in administrative planning activities, and welfare activities.

**KEYWORDS:** Nursing. Mental Health. Mental Health Services. Health Profile.

## RESUMEN

SILVA, T.L. **Perfil sociodemográfico, clínico y de hospitalización de los pacientes en la Unidad de Atención Psiquiátrica en un Hospital General.** 112hojas. (Tesis) Master en Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería. Universidade Federal del Paraná, 2011

Los trastornos mentales y del comportamiento son algunas de las enfermedades crónicas más prevalentes, que pueden afectar a individuos de cualquier clase, en cualquier etapa de la vida. Entre ellos, podemos destacar la depresión, la esquizofrenia y los trastornos debidos a la utilización de productos químicos. Así como en todo el mundo, la organización de la atención de salud mental en Brasil siguió a los contextos económicos y culturales, pasando por una remodelación del enfoque centrado en el hospital para el modelo psicosocial. En la actualidad, la red de atención de la salud mental, según lo determinado por la Política Nacional de Salud Mental, está compuesta de varios servicios, incluyendo las unidades de psiquiatría en el Hospital General (GHPU), cuyo objetivo es ayudar a las personas con trastorno mental con síntomas exacerbados lo más cercano a su realidad. El sitio GHPU deste estudio comprende una unidad que presta servicios al sistema unificado de salud, y atiende la demanda de los municipios de la 5ª Regional de Salud. Dado este contexto surgió la pregunta central de esta obra ¿Cuál es el perfil de los pacientes con trastornos mentales atendidos en la unidad psiquiátrica de un hospital general? Objetivo General: Caracterizar el perfil demográfico, clínico y de la hospitalización de los pacientes con trastornos mentales tratados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Se trata de un análisis cuantitativo, descriptivo y transversal. Se incluyeron 240 pacientes ingresados en la unidad en el primer semestre de 2011. Para el análisis de los datos se utilizaron promedio, los valores medios, mínimos, valores máximos y desviación estándar o como frecuencias y porcentajes. Para la asociación de las variables se utilizó la prueba de chi-cuadrado, utilizando el software Statistica v.8.0. Los resultados apuntan a un perfil de varones en edad de laboral, blanco, solteros, con al menos un hijo y franja salarial individual de R\$ 545,00. El perfil clínico muestra que la aparición de los trastornos mentales se produjo en la adolescencia y la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento son relacionados con el uso y abuso de sustancias psicoactivas. La ocurrencia de al menos un miembro de la familia con un trastorno mental se observó en más de la mitad de los casos, y el uso de los servicios de hospital se demostró ser superior a la utilización de los servicios ambulatorios. El uso de sustancias psicoactivas resultó mayor entre los participantes del estudio que el promedio nacional. La caracterización de hospitalización mostró que en su mayoría la razón de la demanda de servicios hospitalarios está relacionado con problemas con sustancias psicoactivas, el tiempo de hospitalización varió de dos a 90 días, con un promedio de 26 días con resultado positivo, pero sin servicio de acompañamiento extra- hospital y participación familiar. Para las enfermeras, este tipo de estudio puede contribuir a los esfuerzos para planificar la salud pública y introducir estos profesionales en administrativas de planificación, y de asistencia social.

DESCRIPTORES: Enfermería. Salud Mental. Servicios de Salud Mental. Perfil de Salud.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – FIGURA 1 – ORGANIZAÇÃO ESTADUAL TERRITORIAL DE SAÚDE – MACRORREGIONAIS – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ – 2010 .....	34
FIGURA 2 – ORGANOGRAMA DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE PESSOAS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA – GUARAPUAVA – 2011 .....	41
FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA 5ª REGIONAL DE SAÚDE DE ACORDO COM DENSIDADE DEMOGRÁFICA, SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E NÚMERO DE INTERNAÇÕES – SESA (ADAPATADO) 2010 .....	53

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	44
TABELA 2 –	TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO, ESCOLARIDADE, ATIVIDADE OCUPACIONAL E RENDA – GUARAPUAVA, 2011.....	49
TABELA 3 –	DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA 5ª REGIONAL DE SAÚDE DE ACORDO COM DENSIDADE DEMOGRÁFICA, QUANTIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E NÚMERO DE INTERNAÇÕES CORRESPONDENTES AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA – GUARAPUAVA, 2011.....	54
TABELA 4 –	CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM A IDADE DE INÍCIO DO TRANSTORNO MENTAL, PRIMEIRO DIAGNÓSTICO, TEMPO DE DIAGNÓSTICO, TEMPO DE DIAGNÓSTICO, COMORBIDADES CLÍNICA, OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL NA FAMÍLIA – GUARAPUAVA, 2011.....	56
TABELA 5 –	CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O NÚMERO DE INTERNAÇÕES, LOCAL DE INTERNAÇÃO, QUANTIDADE DE SERVIÇOS UTILIZADOS, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, TIPO DE TRATAMENTO PSICOTERÁPICO, TRATAMENTO MEDICAMENTOSO, PIC/MCA, MEDICAÇÕES UTILIZADAS – GUARAPUAVA, 2011.....	65
TABELA 6 –	CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O USO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS LÍCITAS, SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS, TIPO DE SUBSTÂNCIA CONSUMIDA E USO COMBINADO DE SUSBTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS – GUARAPUAVA, 2011.....	69
TABELA 7 –	CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O MOTIVO DA INTERNAÇÃO, LOCAL DE	

	ENCAMINHAMENTO, TIPO DE INTERNAÇÃO, RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO, DIAGNÓSTICO INICIAL GRUPO DIAGNÓSTICO ATUAL – GUARAPUAVA, 2011 .....	75
TABELA 8 –	CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O USO DE MEDICAÇÕES E CLASSE DE MEDICAMENTOS – GUARAPUAVA, 2011.....	79
TABELA 9 –	CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O TEMPO DE INTERNAÇÃO, CONDIÇÃO NA ALTA, ENCAMINHAMENTO FORMAL, ACOMPANHAMENTO DE FAMILIAR NA ALTA REINTERNAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA ALTA – GUARAPUAVA, 2011 .....	81

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 OBJETIVOS.....	16
1.1.1 Objetivo Geral.....	16
1.1.2 Objetivos Específicos.....	16
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA LOUCURA E TRANSTORNO MENTAL .....	17
2.2 MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA .....	21
2.2.1 Aspectos Históricos da Atenção em Saúde Mental no Paraná.....	23
2.3 UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAL GERAL .....	27
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2 POPULAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA.....	32
3.3 FONTE DE DADOS .....	35
3.3.1 Instrumento de Coleta de Dados .....	35
3.3.2 Variáveis de Estudo.....	36
3.2.3 Critérios de inclusão e exclusão .....	40
3.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	41
3.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....	42
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>44</b>
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	44
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICOS DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL .....	56
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO .....	75
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>110</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, os transtornos mentais estão entre as condições crônicas mais prevalentes, podendo afetar indivíduos de qualquer classe social, em qualquer fase da vida. Entre estes transtornos, destacam-se a depressão, a esquizofrenia, aqueles devidos ao uso de substâncias químicas, aqueles com uma base orgânica como a epilepsia, o Mal de Alzheimer, o retardo mental e os distúrbios da infância e da adolescência (OMS, 2002).

Os prejuízos decorrentes do acometimento por transtornos mentais são individuais e coletivos, pois em torno de 30,8% das pessoas que vivem com incapacidade têm como causa base algum transtorno mental, destacando-se a depressão em 12% do total (OMS, 2002).

Quanto ao consumo de substâncias psicoativas, sobretudo o álcool, a OMS estima que dois bilhões de pessoas no mundo consumam bebidas alcoólicas, seu uso indevido contribuindo para 3,2% de todas as mortes e 4% de todos os anos de vida útil perdidos. Na América Latina, esse índice é quatro vezes maior, sendo o álcool responsável por 16% dos anos de vida útil perdido (BRASIL, 2007a).

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos (CID-10), os transtornos mentais e de comportamento consistem em uma série de distúrbios com sintomas diversos que compreendem uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas (OMS, 2002).

Existem critérios para classificação dos transtornos mentais que devem ser sustentados em duas possibilidades principais: o primeiro é ser reentrante, ou seja, para fins diagnósticos, não deve ser um episódio isolado ao longo da vida, mas, recidivo; o segundo é causar perturbações no funcionamento individual em um ou mais domínios da vida. Deve-se ter cautela com os diagnósticos desses transtornos, pois diversas condições próprias do ser humano e interferências sociais e culturais podem causar alguma deterioração (OMS, 2002).

Estima-se que 3% da população brasileira, número que corresponde a cinco milhões de pessoas, careça de atenção contínua em saúde mental, em decorrência de transtornos severos e persistentes. Cerca de 10 a 12% da população, apesar de

não ser acometida por transtornos mentais severos, necessita de cuidados em saúde mental, como consultas, aconselhamento e grupos de orientação (BRASIL, 2005a).

Os transtornos mentais associados ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, excluindo o tabaco, atingem 12% da população acima de 12 anos. O impacto do álcool é dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas, pois está associado à violência urbana, problemas com a justiça e grande custo econômico (BRASIL, 2005a).

O homem é acometido pelas doenças desde tempos remotos, fazendo com que elas evoluíssem junto com a humanidade. Algumas menções concernentes aos transtornos da mente, por exemplo, são encontrados na literatura, remontando ao início das civilizações (BARROS, 2007).

Concomitantemente ao surgimento das doenças, desenvolveu-se entre os povos a arte do cuidar, prática demonstrada na história como papel de diferentes classes, desempenhado por leigos, sacerdotes, curandeiros e demais detentores de um conhecimento primitivo. Em relação à concepção, ao tratamento e ao cuidado à pessoa com transtorno mental, eles seguiram o contexto social, religioso e político de cada época (BARROS, 2007).

Como reflexo deste contexto, houve no século XVII na Europa um movimento para a construção de asilos e manicômios para abrigar as pessoas que não se enquadrassem no padrão que a sociedade preconizava. Esses locais não tinham propostas terapêuticas e se tornaram palco de isolamento e reclusão de pessoas com transtorno mental (BARROS, 2007).

Somente a partir do século XVIII a loucura passou a ser considerada doença mental e passível de tratamento, surgindo então o alienismo como prática institucionalizada idealizada por Philippe Pinel (1745-1826) (BARROS, 2007).

No Brasil, adotou-se um modelo de tratamento em saúde mental semelhante aos existentes na Europa e, até os anos de 1970, ocorria hegemonicamente com internação em hospitais psiquiátricos e, com raras exceções, era ofertado atendimento ambulatorial. Esta situação se mostrou mais iatrogênica do que reabilitadora, levando a pessoa com transtorno mental à exclusão do meio familiar e da sociedade por períodos prolongados, pois a maioria das internações ultrapassava



dois anos, se estendia por até 30 anos ou mais e, para alguns, por toda a vida (AMARANTE, 2006).

O número de pacientes internados, no Brasil, naquela época, alcançou 5.186 no ano de 1965, saltando para 200.000 em pouco mais de uma década, incorrendo em um aumento de 213%, muito acima do crescimento populacional, que foi de 82%. Tal situação evidenciou o processo de mercantilização da loucura e, consequentemente, as iatrogenias causadas pela hospitalização (GUIMARÃES A.N, *et al.*, 2010).

Nas três últimas décadas do século XX, intensificaram-se as denúncias de maus-tratos, do uso de técnicas e meios coercitivos bem como da desassistência que as pessoas com transtorno mental vinham sofrendo no interior das instituições psiquiátricas do Brasil. Um dos importantes atores sociais dessa época foi o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), organizado por volta de 1978. Este movimento se iniciou em resposta à demissão em massa de 266 trabalhadores e médicos residentes de um hospital psiquiátrico público do Rio de Janeiro mantido pelo Ministério da Saúde, após terem declarado greve em decorrência das precárias condições de assistência naquela instituição (AMARANTE, 2006).

Outros atores passaram a compor o MTSM, como familiares, pessoas com transtorno mental e outros membros da sociedade civil, tendo este movimento se estendido a vários estados brasileiros. As reivindicações desse movimento culminaram na criação de várias portarias, programas e na Lei Federal de Saúde Mental n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Este movimento se tornou o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que se caracteriza por extrapolar a criação de serviços e aparatos legais, pois se trata de processo social e complexo de conceber, tratar e lidar com os transtornos mentais e com a pessoa em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2009).

A organização atual da assistência na área da saúde mental no Brasil, em consequência da Reforma Psiquiátrica, é composta por uma rede de serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital Dia, Ambulatório, Leitos em Hospital Geral, Unidades Básicas de Saúde e Hospitais especializados em psiquiatria. Esses serviços devem ser fortalecidos por uma rede de apoio social

integrada por diversos segmentos da sociedade, entre eles, as associações de pacientes com transtorno mental e familiares, os Centros de Convivência, grupos de autoajuda, associação de bairros, lideranças religiosas e escolas (BRASIL, 2005a).

Os dados do último Relatório da Atenção à Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) apontam uma cobertura de 66% do acesso a serviços de saúde mental substitutivos. Os gastos com serviços extra-hospitalares ultrapassam 70,57% do total de recursos destinados às ações nessa área. Essas informações mostram a inversão do modelo hospitalocêntrico em que até 1997 somente 8% eram destinados a serviços ambulatoriais de saúde mental, os outros 92% financiavam as hospitalizações (DELGADO 2007; BRASIL, 2011).

Em julho de 2011, a rede assistencial de saúde mental no País era formada por 1650 CAPS dispersos por todo território, 596 Serviços de Residência Terapêutica, 860 Ambulatórios e 51 Centros de Convivência. Além desses serviços, há um aumento considerável de recursos concedidos a beneficiários do Programa de Volta Para Casa, a Inclusão Social pelo Trabalho, maior financiamento e disponibilidade de medicamentos psicotrópicos e ações específicas para prevenção e tratamento de dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Há clara mudança no redirecionamento da assistência na área da saúde mental brasileira do foco exclusivamente hospitalocêntrico para a atenção primária. Tais mudanças podem ser constatadas através de dados do Ministério da Saúde, que indicam redução de 49% dos leitos psiquiátricos, investimento em qualidade, criação de leitos em hospital geral e aumento progressivo dos serviços de base comunitária. Contudo, na maioria dos estados brasileiros, atualmente, a internação integral em hospital psiquiátrico ainda é uma realidade constante no tratamento à pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2007a).

Apesar de o movimento da Reforma Psiquiátrica impulsionar transformações estruturais, estudo realizado no Estado de São Paulo em municípios de médio e pequeno porte acerca da política de saúde mental mostrou que as equipes de saúde desenvolvem suas ações reproduzindo o modelo psiquiátrico manicomial, pautado no uso de medicamentos e hospitalização. As autoras concluíram que isso se deve à falta de qualificação dos profissionais e de responsabilidade dos gestores em implantar a política preconizada pela Reforma Psiquiátrica (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Como crítica ao modelo hospitalocêntrico, a Reforma Psiquiátrica prevê a reestruturação de todos os serviços que atendem à pessoa com transtorno mental bem como a criação de novos locais substitutos à internação psiquiátrica integral. Contudo, a internação constitui recurso terapêutico importante e indispensável para as pessoas que necessitam de um atendimento urgente e emergencial em períodos de crises e surtos (DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003).

De acordo com a Lei 10.216/01, em seu artigo 4º, “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. A Política Nacional de Atenção à Saúde Mental preconiza que quando a internação for inevitável, que se caracterize pela integralidade com a oferta de todos os serviços indispensáveis para a reabilitação da pessoa que dela necessita (BRASIL, 2001a, 2005a).

A internação em instituições com características asilares é vedada e se dá preferência à internação em hospitais especializados em psiquiatria e em leitos psiquiátricos em hospitais gerais (BRASIL, 2001a, 2005a).

No Paraná, existem 11 Hospitais Gerais que mantêm leitos psiquiátricos. Um deles está localizado no município de Guarapuava, região central do Estado, e constitui referência regional para tratamento de pessoas com transtorno mental (DATASUS, 2010).

Segundo informações do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) disponíveis no Banco de Dados do SUS (DATASUS, 2010), neste hospital de Guarapuava entre os anos de 1997 a 2007 foram realizadas 11.315 internações de pessoas com diagnóstico de transtorno mental. No ano de 2010, 965 internações de pessoas acometidas por transtornos mentais necessitaram de internação hospitalar, com uma média de 25,9 dias de duração. Esses dados correspondem ao número de Autorização de Internações Hospitalares (AIHs) pagas pelo SUS, não incluindo internações financiadas por outras fontes ou ainda as particulares.

Estudos sobre perfil das pessoas com transtorno mental atendidas nos serviços da rede de saúde mental e, nesta pesquisa, em hospital geral, representam contribuição para conhecimento dessa clientela, bem como para a reflexão acerca das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da realidade cotidiana com a qual se

deparam esses equipamentos de saúde mental em dado território (DELFINI *et al.*, 2009).

Com base no exposto, estabeleceu-se a questão norteadora para esta pesquisa: *“Qual o perfil dos pacientes com transtorno mental em tratamento em unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral?”*.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e da internação de pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os pacientes com transtorno mental quanto à idade, sexo, naturalidade, área de residência, raça/étnica, estado civil, composição familiar, atividade profissional, renda e religião.
- Descrever aspectos da história do transtorno mental dos pacientes em tratamento na unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral.
- Caracterizar a internação de pacientes com transtorno mental em tratamento em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste item, são abordados aspectos históricos da assistência à pessoa com transtorno mental, bem como a utilização da internação hospitalar como recurso terapêutico e as mudanças ocorridas nas instituições hospitalares ao longo da história. Por fim, são abordadas as Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral (UPHG), modalidade aderida como importante recurso de tratamento à pessoa com transtorno mental pela Reforma Psiquiátrica.

### 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA LOUCURA E TRANSTORNO MENTAL

Na história vivida pelo ser humano em todas as sociedades, o sofrimento psíquico sempre esteve presente em diferentes formas de manifestação, tendo sido utilizadas variadas maneiras para o seu enfrentamento. Portanto, as concepções e crenças de cada momento histórico da humanidade repercutem nas representações da loucura (SOUZA e NASCIMENTO, 2006; MIRANDA, 1994).

Durante o iluminismo, no século XVII, com a inserção do mercantilismo na Europa, houve uma grande crise econômica, e as pessoas que não podiam contribuir com a produção e consumo de mercadorias foram segregadas (DESVIAT, 2008).

Em Paris, uma atitude absolutista determinou que todos os [...] “mendigos, pessoas sem domicílio, sem trabalho, criminosos, rebeldes, prostitutas, sífilíticos, alcoólatras, loucos, idiotas e maltrapilhos” [...] fossem internados e excluídos (DÖRNER<sup>1</sup>, 1974 *apud* DESVIAT, 2008 p.15). Assim, os hospitais eram considerados os locais destinados aos inaptos para a sociedade, entre estes a pessoa com transtorno mental, porém sem quaisquer propostas de tratamento.

---

<sup>1</sup> DÖRNER, K. *Cuidados y Locos*: Taurus, 1974. Edição original: Frankfurt: Bürger und Irre, 1969:29.

Esse movimento foi chamado de “grande internação”, e os princípios se resumiam em limpar as cidades e oprimir o ócio, que era contrário aos interesses da época (JORGE *et al.*, 2003).

Somente a partir do século XVIII, após a Revolução Francesa, com o ideal de Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Wagnitz e Riel na Alemanha, os transtornos mentais foram classificados como doenças e entendidos como passíveis de tratamento. Assim, nasceu a psiquiatria como ramo da medicina (MIRANDA, 1994; SOUZA; NASCIMENTO, 2006;).

Pinel foi o principal responsável pela difusão da mudança de concepção de loucura para doença mental e apresentou, primeiramente, o nome alienismo, ciência dedicada ao estudo da alienação mental, fundamentado nos saberes científicos, produtores da verdade caracterizados como neutros e desinteressados (AMARANTE, 2006).

O homem alienado opõe-se ao homem racional e, devido ao estado de confusão mental em que se encontra, é preciso isolá-lo para que ele possa se reordenar e se tornar produtivo para ser moralmente aceito. Esses são os três princípios básicos da concepção de Pinel em relação à pessoa com transtorno mental (AMARANTE, 2006).

Até surgir os postulados de Pinel, o louco que, por sua condição e características comportamentais destoantes, vivia à sorte, vagava pelas ruas em meio à multidão ou era excluído do seio de suas famílias, passou a ter um lugar para receber tratamento de saúde (GOFFMAN, 2003).

Os modos de tratamento em saúde mental no mundo se organizaram no enfoque biologicista e exclusivamente hospitalocêntrico. Assim, o hospital era o lugar eleito como o único capaz de separar para analisar, estudar e controlar os sintomas, aplicando modelos técnicos sem levar em consideração sexo, idade, raça, estado conjugal, classe social ou religião (GOFFMAN, 2003).

No Brasil, a organização da assistência na área da saúde mental sofreu influência dos modelos adotados no mundo, sobretudo os europeus. Anteriormente ao século XVIII, os cuidados às pessoas com transtorno mental eram prestados por curandeiros e pelos jesuítas. Havia escassez de profissionais e o acesso aos cuidados gerais de saúde era restrito a poucas pessoas que detinham poder e residiam em centros urbanos. A assistência aos menos favorecidos era realizada

pelas Santas Casas, que, muitas vezes, confundiam o papel do hospital com o de abrigo (MIRANDA SÁ-JR, 2007).

No Século XIX, o País passou por mudanças estruturais em função da chegada da Família Real. Esse evento contribuiu para urbanização do Rio de Janeiro e estruturação de muitos serviços, entre eles o serviço de saúde. Para o tratamento das pessoas com transtorno mental, foi construído o Hospício Pedro II, administrado pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Porém, o real intuito do hospício era ser um lugar para o abrigo de andarilhos e pessoas que pudessem perturbar o sossego da sociedade (AMARANTE, 1994; MIRANDA SÁ-JR, 2007).

Desde a criação do Hospício Pedro II, o modo de tratamento asilar sofreu críticas. Em 1889, com a Proclamação da República, a supremacia da provedoria da Santa Casa e a falta de um modelo científico de tratamento culminaram na desvinculação dessa instituição da Santa Casa, e o seu nome passou a ser Hospício Nacional para Alienados, ficando sob responsabilidade da administração pública. Na mesma época, foram criadas a Assistência Médico-Legal aos Alienados e as Colônias de Alienados (AMARANTE, 1994).

A crítica ao asilo e, conseqüentemente, à criação das colônias é considerada a primeira reforma psiquiátrica no Brasil. Em relação ao modelo asilar, emergiram julgamentos quanto às características não consoantes aos ideários republicanos, que remetiam aos padrões obsoletos do Hospício Pedro II, que em nada se assemelhavam aos conceitos de liberdade difundidos na política da república (AMARANTE, 1994).

As colônias tinham aceitação porque iam ao encontro dos preceitos da psiquiatria moderna, que buscava atuar no espaço social onde viviam as pessoas e no ambiente, que, direta ou indiretamente, influenciava o aparecimento das doenças mentais. Além disso, a convivência fraternal e o trabalho faziam parte do tratamento. Apesar do discurso humano das colônias, na prática, eram vivenciadas experiências de segregação e descuido (AMARANTE, 1994).

Em meados do Século XX, destaca-se a figura do psiquiatra João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921), responsável pela criação da cadeira de psiquiatria na Escola de Medicina do Rio de Janeiro. Além disso, surgiu a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, hoje denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.

Esses eventos marcaram e impulsionaram a formação especializada para o cuidado à pessoa com transtorno mental (AMARANTE, 1994).

Consequente ao desenvolvimento dessa especialidade há expansão dos espaços asilares. Neste sentido, por volta de 1930, o psiquiatra Juliano Moreira teve grande influência na legitimação da psiquiatria e foi importante na introdução do modelo alemão para o tratamento dos alienados. Essencialmente biologicista, esse modelo propunha estabelecer moldes ideais de comportamento (AMARANTE, 1994).

Os anos de 1950 no Brasil foram marcados politicamente pelo suicídio do presidente Getúlio Vargas e pela posse de Juscelino Kubitschek, caracterizando os “anos dourados”. Entretanto, a filosofia da época não se estendeu para a psiquiatria visto que o modelo asilar continuava o mesmo. O Brasil já dispunha de 135 hospitais psiquiátricos com quase 50 mil internos e contava com apenas 17 ambulatórios, apesar do discurso preventivista americano, naquela época, difundido no país (COSTA, 2003).

Na década de 1970, evidenciaram-se discussões políticas pela necessidade de readequação da assistência à saúde mental, principalmente após o relatório da Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos, que retratou fielmente a situação deste campo de atenção. Naquela época, havia mais de sete mil doentes internados em condições indignas, inclusive sem leito para repousar. As internações de pacientes em crises agudas duravam em média sete meses, e a mortalidade dos pacientes psiquiátricos crônicos era a principal causa de morte entre as doenças crônicas (PAULIN; TURATO, 2004).

As discussões culminaram em um discurso ideológico realmente preventivista que logo foi suprimido pelos interesses econômicos de empresários que defendiam o hospital como o melhor local para tratar a doença mental (PAULIN; TURATO, 2004).

Além da precariedade da assistência prestada às pessoas com transtorno mental, os trabalhadores dessa área, sob supervisão e gerência da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), trabalhavam em condições igualmente precárias. Essas condições evidenciavam-se nas frequentes denúncias de ameaças, agressão, estupro, trabalho e morte, tanto de trabalhadores quanto de pessoas com transtorno mental (AMARANTE, 1996).



Diante disso, instalou-se uma greve, a primeira após o regime militar, que envolveu quatro unidades da DINSAM e resultou na demissão de 206 trabalhadores, ocasionando a contratação de universitários bolsistas para o trabalho em instituições sob administração da Divisão Nacional de Saúde Mental (YASUI, 2010).

Especificamente em 1978, no Rio de Janeiro, um grupo de médicos residentes trouxe a público a precariedade dos hospitais psiquiátricos, deflagrando uma crise no modelo vigente. Assim, surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que fez crítica aos abusos da instituição hospitalar psiquiátrica e, mais tarde, se tornou o marco da luta antimanicomial. Este movimento denunciou os maus-tratos às pessoas com transtorno mental, as torturas sofridas por presos políticos nesses locais e a precariedade das condições de trabalho. (AMARANTE, 2006).

Os integrantes que compunham o MTSM continuaram seus trabalhos e suas reivindicações em vários eventos técnicos da área de saúde mental, buscando alavancar o movimento. Assim, seus ideais foram disseminados por todo o território brasileiro e conferências nacionais e estaduais de saúde mental fortaleceram o movimento de luta antimanicomial (AMARANTE, 1996).

Entre os eventos supracitados, destaca-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no Rio de Janeiro em 1987, que se deu como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. É um marco na reorganização da assistência, envolvendo em sua discussão três dimensões importantes: economia, impactos da doença e saúde mental e a legislação específica da área da saúde mental. Esse fato impulsiona os ideais da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 1988).

## 2.2 MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Reforma Psiquiátrica desenha-se como processo político e social complexo, pois envolve diferentes setores e, conseqüentemente, se reflete na atenção à saúde, na assistência social, nas universidades, nos trabalhadores e usuários de todos esses sistemas. Ela pode ser compreendida como uma série de transformações nas práticas, saberes, valores culturais e sociais. Essas transformações são vividas por

toda a sociedade e por todas as pessoas envolvidas com o tratamento em saúde mental, que no cotidiano dos serviços e das relações interpessoais alavancam a Reforma Psiquiátrica. No entanto, os avanços são marcados por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005a).

A efetivação legal das diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil se deu através da política de atenção à saúde mental em 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216, que redireciona a assistência em saúde mental. Essa Lei ressalta a importância de o tratamento e a reabilitação de pessoas com transtornos mentais ocorrerem em bases comunitárias através do modelo de atenção psicossocial e da progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005a).

Anteriormente à promulgação da Lei 10.216/01, em 1987, foram criados o primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo, capital, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos (SP) bem como cooperativas, residências e associações para egressos de internação em hospitais psiquiátricos. Essas experiências estimularam a criação de novos serviços semelhantes nos anos seguintes. Além dessa inovação, uma intervenção legal em uma casa de saúde em Santos - São Paulo ocorreu no ano de 1989, por denúncias de maus-tratos aos seus internos, tendo sido fechada por determinação da justiça. Esses dois eventos são considerados marcos práticos da Reforma Psiquiátrica (HIRDES, 2009; BRASIL, 2005a).

A partir destes marcos, legais e práticos, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, entre eles: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatorios de saúde mental, hospitais dia. Todos eles respeitando as particularidades e necessidades de cada local e privilegiando a estruturação em forma de redes assistenciais (HIRDES, 2009).

Além desses serviços, em complementação à rede assistencial, entre os anos de 2003 e 2010, foram criados programas que pretendem garantir a reinserção social, bem como o envolvimento dos diversos setores da sociedade na prevenção e tratamento das pessoas com transtornos mentais. São eles: Empreendimentos Solidários, Consultórios Rua, Escolas de Redutores de Danos e Escolas de Supervisores (BRASIL, 2011).

Atualmente, como resultados da Reforma Psiquiátrica no que se refere à assistência hospitalar, os dados apontam para uma franca superação do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico. Há redução de leitos psiquiátricos, visto que em 1996 totalizavam 72.970 e, em 2009, observa-se uma diminuição de aproximadamente 50%, tendo passado para 35.426. Além disso, há mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos evidenciada pela concentração dos leitos em hospitais de nível I e diminuição de hospitais de nível IV<sup>2</sup> (BRASIL, 2011).

O último relatório da situação da saúde mental no Brasil, com dados de 2011, aponta que há considerável aumento da cobertura assistencial de saúde mental. O país conta com uma rede com 1650 CAPS, 596 Serviços Residenciais Terapêuticos, 860 ambulatórios de saúde mental, 51 Centros de Convivência e Cultura e 3832 beneficiários do Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2011).

Um dos aspectos da Reforma Psiquiátrica da qual foram obtidos dados do cenário em que a assistência nos hospitais especializados em psiquiatria ocorria no País foi o Programa de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) instituído em 2002 pelo Ministério da Saúde. Considerado um instrumento de avaliação técnica, ele permite um diagnóstico de assistência sistemático e anual da estrutura física hospitalar, dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares bem como os processos e recursos terapêuticos da instituição e sua organização com as redes de atenção de seu território (BRASIL, 2007a).

Essa avaliação é realizada com o uso de um instrumento quantitativo e qualitativo capaz de pontuar os aspectos que determinam a qualidade dos hospitais e a necessidade de possíveis adequações para melhoria do atendimento. Além disso, o instrumento permite o descredenciamento dos hospitais que não atenderem as exigências da avaliação. Portanto, constitui um instrumento fundamental para indução e efetivação da política de redução de leitos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar (BRASIL, 2005a).

---

<sup>2</sup> A portaria GM 2.644/09, de 28 de outubro de 2009, institui para fins de financiamento e avaliação os Hospitais Psiquiátricos de Nível I – com até 160 leitos, Nível II – de 161 a 240 leitos, Nível III – 241 a 400 leitos, Nível IV – mais de 400 leitos.

### 2.2.1 Aspectos Históricos da Atenção em Saúde Mental no Paraná

No Estado do Paraná, a atenção em saúde mental é marcada pela criação do Hospital Nossa Senhora da Luz em 1903. Trata-se do primeiro hospital paranaense para tratamento de pessoas com transtorno mental. Com práticas vinculadas à Igreja Católica e pouco ocupadas por profissionais da área da saúde mental, aos poucos a história do hospital Nossa Senhora da Luz se assemelhou à do Hospital Pedro II e passou a integrar as práticas características dos alienistas (WADI, 2009; HOLZMANN; LACERDA; FREITAS, 2008).

Em 1944, foi inaugurado em Curitiba o primeiro ambulatório voltado ao atendimento da pessoa com transtorno mental, coordenado pelo psiquiatra Arnaldo Gilberti, com assessoria de Adauto Botelho. Nesse ambulatório, era preconizado o atendimento pelo médico-psiquiatra, mas aos poucos outros profissionais se inseriram na assistência aos usuários desse serviço (WADI, 2009).

A assistência à saúde mental paranaense recebeu outro hospital denominado Sanatório do Bom Retiro, que foi inaugurado em (1945), ligado à Federação Espírita do Paraná, que almejava um tratamento científico de construção da psiquiatria vinculado ao tratamento espiritual (WADI, 2009; HOLZMANN; LACERDA; FREITAS, 2008).

Em 1954, foi inaugurado o Hospital Colônia Adauto Botelho, localizado na região metropolitana da capital, sendo um de seus pavilhões utilizado como manicômio judiciário. A construção deste hospital coroou no Paraná a consolidação do Plano Hospitalar Psiquiátrico que versava sobre o planejamento da assistência psiquiátrica brasileira. Do mesmo modo, como nos outros hospitais do país, este hospital começou a apresentar problemas de superlotação e desassistência, e o que era para ser um modelo de instituição se tornou ineficaz, sobretudo em relação ao tratamento adotado para os pacientes (WADI, 2009; HOLZMANN; LACERDA; FREITAS, 2008).

O modelo preventivista disseminado no país impulsionou a criação dos ambulatórios de higiene mental também no Paraná. Os primeiros foram instalados nas cidades de Maringá e Guarapuava no ano de 1963 (WADI, 2009).

Nas décadas de 1960 e 1970, surgiram as primeiras críticas à superlotação e ao posicionamento da sociedade frente à organização do atendimento em saúde

mental no Estado. Como o Hospital Adauto Botelho era o único hospital público do Estado e os demais eram instituições privadas, estudou-se a possibilidade de implantação de dispensários em municípios da Região Norte do Estado e a Criação do Hospital Psiquiátrico Norte com 1000 leitos em Londrina, que não se concretizaram. Essa situação acarretou a privatização da assistência por todo o território estadual semelhante ao vivenciado no País (WADI, 2009).

Em 1976, foi inaugurado em Curitiba o Pronto-Socorro Psiquiátrico com intuito de atender a população curitibana carente. Este ambulatório, atualmente, é o Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), funcionando como porta de entrada para pessoas com transtorno mental da região metropolitana de Curitiba e Primeira Regional de Saúde. Conta com pronto-socorro, ambulatório infanto-juvenil, ambulatório adulto, oficina terapêutica e Centro de Atenção Psicossocial (HOLZMANN; LACERDA; FREITAS, 2008).

As discussões sobre o atendimento em saúde mental no Paraná seguiram as tendências do País. Porém, os registros históricos dos atores envolvidos na atenção à pessoa com transtorno mental remontam a atitudes que idealizavam o preventivismo, a disseminação de ambulatórios e os serviços alternativos (WADI, 2009).

Alguns documentos publicados pela Fundação Caetano Munhoz da Rocha (FSCMR), vinculada à Secretaria de Estado da Saúde e Bem-Estar Social (SESB), discutiam a melhor forma de tratar pessoas com transtorno mental e as possibilidades de reestruturação do sistema de atenção, destacando-se a publicação da *“Proposta para uma política de Saúde Mental da SESB”*, de 1983 (WADI, 2009, p85).

Quanto à Reforma Psiquiátrica propriamente dita, no Paraná ela vem ocorrendo desde 1994 e um dos fatos ocorridos, inicialmente, foi a sanção da Lei Estadual de Saúde Mental n. nº 11.189, de 09 de novembro de 1995, projeto do Deputado Estadual Florisvaldo Fier (Dr. Rosinha), proposta à Assembleia Legislativa do Estado. A Lei aprovada dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. A redação da Lei está baseada, principalmente, nos direitos da pessoa com transtorno mental, na substituição da atenção hospitalocêntrica para uma rede de cuidados em saúde mental, da avaliação das instituições psiquiátricas integrais e da participação

da comunidade bem como das esferas jurídicas e políticas nas decisões sobre saúde mental (PARANÁ, 1995).

Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, o Paraná conta com 15 hospitais psiquiátricos especializados, totalizando 2.803 leitos, ocupando o 4º lugar no *ranking* nacional em número de leitos. Porém, não há consenso quanto ao número real de leitos/estabelecimentos visto que dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que em sua última atualização em 15 de setembro do corrente ano que apresentava o registro de 2899 leitos em hospitais/clínicas especializados em psiquiatria, sendo distribuídos em 21 estabelecimentos (BRASIL, 2010a).

O Paraná é um dos grandes centros de tradição hospitalar, concentrando leitos de psiquiatria, o que dificulta o processo de desinstitucionalização. Essa condição já lhe conferiu o 5º lugar na quantidade de leitos hospitalares, pois anteriormente ao início da reorganização da assistência em saúde mental impulsionada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, havia cerca de 6200 leitos distribuídos em hospitais no Estado (HOLZMANN, LACERDA E FREITAS, 2008).

Alguns dos tradicionais hospitais foram fechados. São eles: Pinheiros (São José dos Pinhais), São Marcos (Cascavel), Franco da Rocha (Ponta Grossa) e Nossa Senhora da Glória (Curitiba). Outros se adaptaram à Política Nacional de Saúde Mental e, progressivamente, descredenciou leitos psiquiátricos, reclassificando o porte hospitalar (FEHOSPAR, 2010).

As consequências das Leis Federal e Estadual, relacionadas ao tratamento hospitalar da pessoa com transtorno mental, são traduzidas em números conforme dados do Sistema de Informação do Ministério da Saúde (DATASUS). Em 1992, as internações no Estado do Paraná ultrapassavam 80.000, no ano de 2010 foram de 45.000, uma redução de quase 50% em 18 anos.

Quanto à rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, o Estado conta com 94 CAPS, equivalente a 0,74 CAPS para cada 100.000 habitantes. Essa quantidade é muito boa, levando-se em consideração a fração de um CAPS para cada 100.000 habitantes, preconizada pelo Ministério da Saúde<sup>3</sup>. Os Serviços de Residência Terapêutica totalizam 24 e atendem a 138 moradores. São beneficiados pelo

---

<sup>3</sup> Segundo o Ministério da Saúde, os parâmetros de cobertura dos CAPS são: Cobertura muito boa (acima de 0,70); Cobertura boa (entre 0,50 e 0,69); Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49); Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34); e Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

Programa de Volta Pra Casa 185 paranaenses. Existem ainda 54 ambulatórios de saúde mental e dois Centros de Convivência (BRASIL, 2010; 2011).

## 2.3 UNIDADES PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAL GERAL

Após a Segunda Guerra Mundial, houve a implantação de unidades psiquiátricas em hospital geral (UPHG) na Europa Ocidental e na América do Norte. Essa experiência se deu após a criação de serviços para reabilitação, principalmente psíquica, de soldados que vivenciaram os eventos traumáticos da guerra. Observou-se que havia possibilidade de instituir tratamentos biológicos eficazes e de curta duração que promoviam a reabilitação psicossocial, tratando-se de eventos técnicos e políticos que visavam ao bem-estar (DALGALARRONDO, 1990; MENDEZ, 2004; LUCCHESI; MALIK, 2009).

Na América Latina, os primeiros antecedentes das UPHG datam de 1941 no Hospital Obreros de Lima – Peru. No Brasil, foi criada a primeira UPHG no hospital universitário de Salvador – Bahia também na década de 1940. No entanto, a efetivação e a implementação das UPHGs ocorreram após a queda dos regimes militares que figuravam nos países da América Latina, sobretudo no Brasil. Outro fato que determinou a abertura dessas unidades foram as discussões fomentadas pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde sobre a reorganização da assistência em saúde mental que culminaram com a Declaração de Caracas em 1990 (MENDEZ, 2004).

Como forma de reestruturação da assistência hospitalar e do processo de desinstitucionalização, a Política Nacional de Saúde Mental passou a trabalhar com o conceito de leitos de atenção integral em saúde mental (BRASIL, 2004a), que consiste em recursos de tratamento à pessoa com transtorno mental e difere dos leitos em hospitais especializados em psiquiatria por estarem inseridos em hospitais ou clínicas que atendem às diversas especialidades de saúde.

Os leitos de atenção integral em saúde mental podem ser integrantes de clínicas de atendimento geral (clínica médica, geriátrica) ou ainda unidades psiquiátricas em hospital geral, sinônimo de enfermaria psiquiátrica. As UPHGs

foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde em 1992 com uma série de normatizações a serem atendidas (LUCCHESI; MALIK, 2009).

A Portaria Ministerial SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, regulamentou as UPHGs e dispõe sobre a constituição dessas unidades no que se refere ao número de leitos, serviços ofertados, recursos humanos e pagamento das internações segundo o SIH/SUS (BRASIL, 2004a).

A portaria recomenda que o objetivo dessas unidades seja oferecer uma retaguarda nas situações em que a internação se faça necessária, reforçando que deve ser feita após esgotadas todas as outras possibilidades de tratamentos ofertados pela rede de serviços de saúde mental (BRASIL, 2004a).

O número de leitos deve ser limitado em 10% da capacidade instalada no hospital até um máximo de 30 leitos. As unidades devem possuir espaços para convivência e trabalhos em grupo, e os pacientes devem utilizar a área externa do hospital para lazer e recreação (BRASIL, 2004a).

Há que se discutir a forma como essas unidades foram implantadas, como observado no estudo de Machado e Colvero (2003). Os autores destacam a forma com que se deu a implantação de enfermaria em um hospital geral:

[...] nos registros de implantação de uma enfermaria, era destacada a importância de convivência do portador de transtorno junto aos demais enfermos, no entanto, foi solicitada uma porta simples e comum para evitar a saída de pacientes desorientados e confusos, e a administração do hospital ofereceu uma porta de ferro fechada a chave (MACHADO; COLVERO, 2003 p.675).

No estudo, são discutidas as mais variadas concepções da comunidade e de profissionais sobre este espaço de cuidados para a pessoa com transtorno mental no hospital geral, chegando à conclusão de que ainda há muito por fazer no campo de saúde mental, visto ser necessária uma mudança de todo um pensamento e cultura acerca dos novos dispositivos em saúde mental (MACHADO; COLVERO, 2003).

Para que se operacionalize o cuidado em saúde mental nas UPHGs, alguns serviços são obrigatórios: avaliação médico-psicológica e social, atendimento individual, atendimento em grupo, abordagem à família, preparação do paciente para



a alta e garantia de continuidade do tratamento em unidade de saúde ou programa compatível com sua necessidade disponível na rede de atenção (BRASIL, 2004a).

Os recursos humanos responsáveis por esses serviços no âmbito da UPHG são enfermeiro, médico psiquiatra, médico clínico-geral, psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional e profissionais de nível médio para subsidiar e dar continuidade às ações dos profissionais de nível superior (BRASIL, 2004a).

Analisando o que preconiza a Portaria Ministerial SNAS nº 224/92, cabe à equipe o cuidado integral à pessoa com transtorno mental e à sua família. Quanto ao cuidado em equipe no hospital geral, Hildebrandt e Alencastre (2001) reafirmam que os membros dessa equipe devem se despir de preconceitos e trabalhar de maneira interdisciplinar visando tanto à recuperação da pessoa com transtorno mental como à sua socialização com os demais membros da comunidade.

Há que se atentar que este processo de mudança gera inseguranças em todos os envolvidos, e que estas inseguranças e medos podem reportar essas pessoas ao paradigma tradicional da psiquiatria, convencendo-as de que o asilo é a melhor forma de atenção (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

Entre as vantagens de implantar leitos psiquiátricos em hospital geral, está a proximidade do portador da sua comunidade de origem, a facilidade de acesso aos familiares para visita e acompanhamento da situação de saúde de seu ente, a possibilidade de interconsultas quando em situações de emergências clínicas não psiquiátricas e a desmitificação da pessoa com transtorno mental, inserindo-a num ambiente de cuidado geral (BRASIL, 2005a).

Esses apontamentos são antagônicos aos existentes no modelo hospitalocêntrico, pois as instituições psiquiátricas foram criadas distantes das metrópoles, promovendo o ocultamento e a exclusão da pessoa com transtorno mental que, conseqüentemente, inviabilizava participações dos familiares e de demais pessoas de convívio social do interno, dificultando a reabilitação e aumentando os estigmas e preconceitos (COSTA, 2003).

O fato de ainda encontrar, em algumas instituições, as formas de tratamento que remetem para o modelo manicomial, representa certa dificuldade no que se refere à implantação dessas unidades. Do mesmo modo, o estigma e a periculosidade que frequentemente são despendidos às pessoas com transtorno mental, a dificuldade em inserir as unidades psiquiátricas nas rotinas de hospitais

gerais e a existência de preconceito de profissionais das outras especialidades são considerados desvantagens quando se trata de unidades/leitos psiquiátricos em hospital geral. Isso pode dever-se, principalmente, à desinformação e deficiência de capacitação das equipes e pode ser modificado (MONTEIRO; BELLINI, 2008).

Quanto à disponibilidade dessas unidades atualmente no País, Lucchesi e Malik (2009) apontam para uma defasagem de aproximadamente 6.000 leitos, admitindo-se o que preconiza o Ministério da Saúde de 0,5 leitos psiquiátricos em hospital geral por 10.000 habitantes. Segundo o autor, isto pode ser resultado da limitação financeira e do estigma relativo à pessoa com transtorno mental.

No Estado do Paraná, segundo documento elaborado pela Comissão Estadual de Saúde Mental/CES/PR (2010) referente à organização dos serviços de saúde mental, somente duas regionais de saúde dispõem de unidades/leitos psiquiátricos em hospital geral - a 5ª Regional de Saúde de Guarapuava e a 4ª Regional de Saúde de Irati.

O relatório sobre os dados de assistência em saúde mental no País elaborado para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental aponta que no Brasil existem 415 hospitais gerais que oferecem unidades/leitos para tratamento de pessoas com transtorno mental, totalizando 2.568 leitos. No Estado do Paraná, são 28 instituições totalizando 438 leitos, há que se considerar que destes leitos apenas 170 são credenciados junto ao SUS.

Quanto às UPHGs no Paraná, não há um dado fidedigno que retrate seu número, sabe-se através do documento citado anteriormente que são apenas duas, as demais são leitos psiquiátricos e não UPHGs, de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (CNES). Isso se deve ao fato de o Ministério da Saúde configurar todos os leitos psiquiátricos em hospital geral, pertencentes ou não a uma UPHG, como leitos de atenção integral em saúde mental (BRASIL, 2010a; CNES, 2011).

É ressaltada a importância da expansão e qualificação de leitos de atenção integral à saúde mental e, sobretudo, que haja articulação entre os demais serviços de saúde como as Unidades Básicas de Saúde, CAPS III, unidades de emergência e serviço de referência para álcool e outras drogas. No intuito de subsidiar esse intercâmbio e a qualificação desses leitos, houve um reajuste financeiro, passando

assim os Hospitais Gerais a ser mais bem remunerados que os Hospitais Psiquiátricos especializados (BRASIL, 2010a).

Com o intuito de ampliar o componente hospitalar para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com as necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, o Ministério da Saúde instituiu incentivos financeiros e de custeio através da Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012. Tal documento trata de implantação de leitos e unidades de atenção integral à saúde mental como serviço de retaguarda à rede de atenção à saúde mental, diretamente ligada aos serviços de urgência e emergência, unidades básicas de saúde e centros de atenção psicossocial. Para que seja garantido o custeio, é necessário o cumprimento de várias determinações, sobretudo a garantia do serviço em rede prestado por equipe multiprofissional e de apoio matricial (BRASIL, 2012).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal.

A pesquisa quantitativa tem paradigma positivista, pois parte de uma pergunta e busca uma resposta final que emerge da observação da realidade e, por vezes, busca mensurar as causas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os desenhos de pesquisas quantitativas geralmente refletem uma filosofia determinista que está baseada no paradigma ou escola de pensamento pós-positivista, que examina a causa e como interage e/ou influencia os resultados. Neste paradigma, existe a filosofia de que a realidade pode ser descoberta de maneira imperfeita, probabilística, e o conhecimento que resulta é baseado em observação, medição e interpretação cuidadosa da realidade objetiva (SOUSA; DRIESSENAK; MENDES, 2007).

As pesquisas descritivas são aquelas que procuram expor determinadas características de uma população ou de determinado fenômeno, e, por vezes, nestes estudos é possível observar diferenças no perfil estudado de acordo com as variáveis estabelecidas (TOBAR; YALOUR, 2001). Esse tipo de pesquisa é útil quando se sabe pouco sobre o fenômeno em particular, pois descreve o que existe de fato e, quando somado à correlação, busca entender as relações que ocorrem entre as variáveis (SOUSA; DRIESSENAK; MENDES, 2007).

As pesquisas transversais referem-se a pesquisas com dados coletados em determinado corte temporal, no qual são obtidas informações que compõem o estudo. Esse desenho é importante para descrever uma situação específica, um fato ou então a relação entre os acontecimentos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

#### 3.2 POPULAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada em duas unidades de internação psiquiátrica de um Hospital Geral do Município de Guarapuava, Paraná, que possui 30 leitos para o sexo masculino e 30 para o feminino.

Colonizado em 1809, sob uma condição de bandeira povoadora, em terras indígenas Guarani, surgiu o município de Guarapuava, topônimo de origem indígena da língua local que decomposto significa *Guará*= Lobo *Apuáva*=bravo arisco. *Guarapuava*: lobo bravo (IBGE, 2010).

Localizado na região central do Estado do Paraná, Guarapuava é um município agrícola industrial onde residem 172.728 pessoas. Sua população vem crescendo, pois o número de habitantes na última década aumentou em 10 mil. A renda está concentrada na prestação de serviços e, anualmente, é registrado um *superávit* na economia de aproximadamente 10% ao ano (IBGE, 2010).

No índice de desenvolvimento humano IDH (0,773), o município ocupa a 1241ª posição no *ranking* dos municípios brasileiros. Em comparação com as demais cidades polo do Estado, sobretudo a Capital, que ocupa a 21ª posição, esse dado é negativo, pois compreende a região com menor IDH do Estado, característica que se reflete significativamente na situação de saúde dessa população (IBGE, 2010).

O município de Guarapuava é polo de atenção à saúde, sede da 5ª Regional de Saúde, contando com 64 estabelecimentos de saúde: 50% públicos e 50% privados (IBGE, 2010).

O município conta com 30 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em dez distritos sanitários e 29 Equipes de Saúde da Família. Cada distrito sanitário possui em sua área de abrangência um Centro Integrado de Atendimento (CIA), que atende à população com especialidades médicas como pediatria, ginecologia e obstetrícia, além de serviços de psicologia e fisioterapia (BRASIL, 2011).

A cidade possui três hospitais, todos conveniados ao SUS, e uma maternidade privada. Existem 4,3 leitos hospitalares por 1.000 habitantes e 2,8 leitos Hospitalares SUS por 1.000 habitantes (BRASIL, 2011).

A organização estadual de assistência à saúde atende ao princípio de descentralização do SUS, divide o território estadual em seis macrorregionais de saúde e 22 regionais. Essas regionais constituem instância administrativa intermediária à Secretaria Estadual de Saúde. Essa organização facilita aos municípios uma intercooperação com o intuito de suprir as necessidades de saúde dessa abrangência territorial e contar com o apoio de uma instância administrativa mais próxima, evitando o deslocamento à capital (SESA, 2010).

As macrorregionais não dispõem de sede nem de instâncias administrativas, servem apenas para articular as regionais de saúde mais próxima para resolução de problemas comuns. Esta organização é exemplificada na Figura 1 (SESA, 2010).

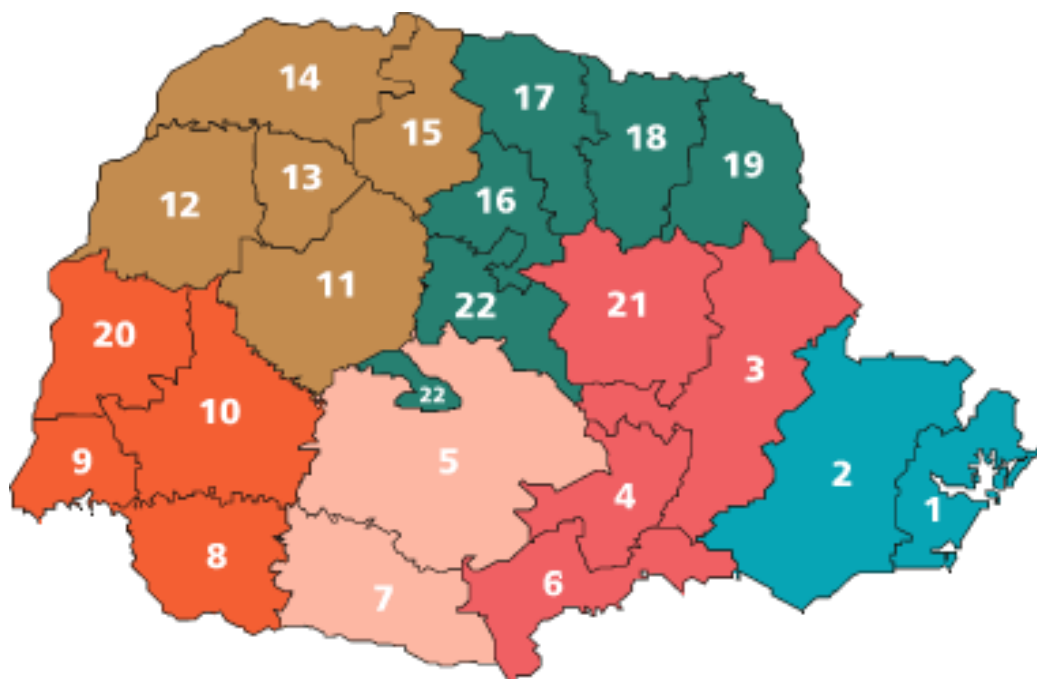


FIGURA 1 – ORGANIZAÇÃO ESTADUAL TERRITORIAL DE SAÚDE – MACRORREGIONAIS – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ – 2010.  
FONTE: SESA/2010.

No que se refere à Saúde Mental, o Município dispõe de uma unidade de CAPS II, uma unidade de CAPS AD, um ambulatório de Saúde Mental, denominado PROSAM, e uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral com 92 leitos, sendo 60 leitos SUS e 32 particulares e/ ou conveniados com cooperativas. Possui serviços comunitários ligados à Igreja e a Organizações não Governamentais.

Por ser o único Município da 5ª Regional de Saúde que dispõe de unidade para internação psiquiátrica, ele presta assistência a 20 municípios e atende às demandas estaduais através da Central Estadual de Leitos.

O hospital presta atendimento a pessoas com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas. Porém, não há separação física e há pouca diferença na proposta de tratamento entre pacientes com transtorno mental e dependente químico.

Apesar da franca diminuição das internações hospitalares psiquiátricas no Paraná, a UPHG em questão não segue a tendência do Estado. A média de internações por ano é de 1011.

### 3.3 FONTES DE DADOS

Os dados referentes às variáveis estabelecidas para esse estudo foram coletados mediante entrevista com os participantes do estudo e nos seus prontuários durante o período de internação na Unidade Psiquiátrica. A entrevista se mostrou necessária pela ausência ou escassez de informações no prontuário. Os prontuários não têm uma padronização de preenchimento e dependem da subjetividade do profissional que o preenche, limitando assim a exposição de informações sobre a pessoa internada.

#### 3.3.1 Instrumento de Coleta de dados

Foi utilizado um instrumento estruturado (APÊNDICE A) composto por questões que permitiram a coleta de dados de caracterização sociodemográfica, clínica e de internação dos participantes de estudo. Sendo assim, o instrumento é composto por 3 partes distintas:

**Parte I – Informações sociodemográficas:** destinadas a obter informações sobre idade, sexo, município de nascimento, município de procedência, zona de residência, raça/etnia, número de filhos, composição familiar, escolaridade, profissão/ocupação, renda e religião.

**Parte II – Informações clínicas:** destinadas a obter informações da história pregressa da doença como idade de início do transtorno mental, histórico de internações, casos de transtornos mentais na família, existência de comorbidades clínicas, uso de substâncias químicas, utilização de serviços de saúde mental, acompanhamento ambulatorial, medicações utilizadas, tratamento psicoterápico e outros tratamentos utilizados.

**Parte III – Informações da internação atual:** destinadas a obter informações sobre a internação atual, sendo considerada data da internação, motivo da internação, diagnóstico, responsável pela internação, medicamentos utilizados no período da internação, tratamentos utilizados, atividades utilizadas, desfecho da internação, data da alta, tratamento medicamentoso na alta, encaminhamento para serviços de referência, familiares presentes no momento da alta e dados secundários referentes à reinternação, quando ocorrida no período da pesquisa.

### 3.3.2 Variáveis do Estudo

Para caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, foram elencadas as variáveis da Parte I do instrumento de coleta de dados:

- Sexo: masculino e feminino
- Idade: foi considerada a idade do participante que, posteriormente, foi agrupado em faixa etária de 18-29 anos, 30-39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e de 60 anos ou mais.
- Naturalidade: município de nascimento
- Município de procedência: foram considerados para análise os municípios da 5ª regional de saúde: Guarapuava, Pitanga, Turvo, Boa Ventura de São Roque, Laranjeiras do Sul, Prudentópolis, Palmital, Laranjal, Marquinho, Nova Laranjeiras, Porto Barrero, Cândói, Foz do Jordão, Reserva do Iguaçu, Pinhão, Campina do Simão, Goioxim, Virmond, Cantagalo, Rio Bonito do Iguaçu. Foi considerada ainda a variável Outro Município, caso o paciente tivesse seu internamento procedente de município alheio à 5ª Regional de Saúde.
- Área de residência: área urbana e área rural.
- Raça/etnia observada pelo entrevistador: branco, pardo, negro e amarelo.
- Estado Civil: amasiado, casado, separado, solteiro e viúvo.
- Número de filhos: possui e não possui, se possui quantos.
- Composição familiar: foram considerados pai, mãe e irmãos; somente pais; somente irmãos; companheiro e filhos; somente companheiros; parentes (tios, sobrinhos, avós e primos); se reside só e pessoas sem relação consanguínea, vizinhos ou amigos. Na análise, foi adotado o conceito de IBGE de família como sendo o conjunto de pessoas ligadas por laço de parentesco, dependência



doméstica ou normas de convivência residentes na mesma unidade domiciliar ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar (IBGE, 2010).

- Escolaridade: analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo. No campo escolaridade, foram feitos os seguintes questionamentos: a) houve abandono dos estudos? Com as opções de resposta: sim, não, uma vez, duas vezes, três vezes ou mais. b) O motivo ao qual atribui a saída da escola.

- Profissão/ocupação: para esta variável foi perguntado ao participante: a) Qual sua profissão? Com as seguintes opções de resposta: do lar, não tem, estudante, outra. b) Atividade profissional? Com as seguintes opções de resposta: ativo, inativo, afastado e aposentado. c) Houve mudança de função? Com as opções de resposta: sim e não. d) Houve abandono do trabalho? Com as opções de resposta: não, sim, uma vez, duas vezes, três vezes ou mais. e) Motivo ao qual atribui a saída do trabalho.

- Renda: foram considerados como fonte de renda benefício social previdenciário, emprego fixo, serviço autônomo, aposentadoria ou nenhuma. Foram questionados os valores brutos de renda individual e familiar, que foram agrupados conforme o número de salários mínimos vigentes à época da pesquisa (salário mínimo equivale a R\$ 545,00).

- Religião: católica, evangélica, espírita e outra. Se a opção outra fosse escolhida, era solicitado ao participante o nome da religião e ainda sobre a Prática da religião: praticante e não praticante.

Para caracterização do perfil clínico dos participantes do estudo, foram elencadas as variáveis da Parte II do instrumento de coleta de dados:

- Início do transtorno mental: perguntou-se aos participantes da pesquisa a idade do primeiro diagnóstico, posteriormente as idades foram agrupadas em faixas etárias de 0-10 anos, 10-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos de 50 anos ou mais.

- Primeiro diagnóstico de transtorno mental: foi considerado o diagnóstico informado pelo participante, posteriormente foram agrupados conforme padronização da Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª versão – CID 10, sendo: F10 – F19: transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de

substância psicoativa; F20-F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; F30-F39: Transtornos do humor (afetivos). Os demais transtornos foram considerados como “outros”.

- Históricos das internações: foram consideradas, em ordem cronológica, todas as internações às quais o participante da pesquisa foi submetido na vida e o local de internação, se Hospital Geral (HG), Hospital Psiquiátrico (HP) ou Clínicas de Reabilitação (CR).

- Casos de transtornos mentais na família: o participante tinha duas opções de resposta. Sim e não. Em caso afirmativo, perguntava-se qual o parentesco do familiar acometido, idade atual do familiar, histórico de internações do familiar e diagnóstico.

- Comorbidades clínicas: foram consideradas as principais comorbidades clínicas, presentes na população brasileira, sendo elas: hipertensão, diabetes mellitus, cardiopatias e pneumopatias. Caso houvesse outras comorbidades, procedeu-se à anotação, tendo sido perguntado ao paciente sobre o tratamento atual, histórico de internações e cirurgias em decorrência destas comorbidades.

- Uso de substâncias químicas lícitas e ilícitas: sim e não. Em caso de resposta afirmativa, quais substâncias lícitas: cigarro, álcool e medicamentos psicotrópicos sem prescrição médica. Substâncias ilícitas: maconha, crack, solvente, cocaína, LSD, ecstasy e outros. Foi questionada ainda a frequência de utilização de cada substância.

- Serviços de saúde mental utilizados: foram considerados todos os serviços utilizados durante a vida como Ambulatórios de Saúde Mental, CAPS, Hospital Psiquiátrico, Hospital Dia, Associações, Centros de Convivência, Oficinas terapêuticas, nenhum e outros.

- Acompanhamento ambulatorial: faz semanalmente, mensalmente, semestralmente, anualmente ou não faz este acompanhamento.

- Medicamentos que já utilizou: foram considerados todos os medicamentos já utilizados pelo participante durante a vida e no momento da entrevista o entrevistador os separava por quantidade e classe farmacológica, sendo as classes de neurolépticos, ansiolíticos, estabilizadores do humor, anticolinérgico, antidepressivo e outras classes.

- Tratamento psicoterápico: sim e não. Se a resposta fosse afirmativa, perguntava-se qual o tipo de psicoterapia.

- Outros tratamentos já utilizados: foram consideradas Práticas Alternativas e Complementares (PIC) e Medicina Complementar e Alternativa (MCA).

Para caracterização do perfil da internação dos participantes do estudo, foram analisadas as variáveis da Parte III do instrumento de coleta de dados:

- Data da internação: data em que o paciente deu entrada na unidade.

- Motivo da internação: justificativa do profissional médico para internação que constasse no prontuário.

- Local e o serviço que fez o encaminhamento: foram considerados os encaminhamentos formais mediante registro em prontuário.

- Tipo de internação: voluntária, involuntária e compulsória.

- Diagnóstico: presença de diagnóstico pela CID-10 descrito em prontuário.

- Responsável pela internação: foi considerado responsável aquele que assinou o termo de responsabilidade pelo internamento, documento obrigatório do prontuário do paciente.

- Medicamentos utilizados no período da internação: foram considerados todos os medicamentos prescritos ao longo da internação conforme a classe farmacológica, sendo as classes dos neurolépticos, ansiolíticos, estabilizadores de humor, anticolinérgico, antidepressivos e outros.

- Tratamentos utilizados: foram considerados os tratamentos oferecidos pela instituição como consulta e grupo com profissional médico, consulta e grupo com psicólogo e grupo com assistente social.

- Atividades utilizadas: foram consideradas as atividades oferecidas pela instituição, entre as quais, recreação, artesanato, grupo de oração e outros.

- Desfecho da internação: tempo da internação em dias, data da alta, data do óbito e causa (caso tivesse ocorrido), condições de alta (condições descritas em prontuário pela equipe de saúde).

- Tipo de alta: alta a pedido, fuga, abandono, transferência, ordem médica.

- Tratamento medicamentoso na alta: foram considerados os medicamentos prescritos na receita médica conforme a classe farmacológica dos neurolépticos, ansiolíticos, estabilizadores de humor, anticolinérgico, antidepressivos e outros.

- Encaminhamento para serviço de referência: foi considerado o encaminhamento formal assinado por um membro da equipe de saúde para um dos seguintes locais: retorno ao consultório médico, ambulatório, CAPS, Unidade Básica de Saúde, Notificações para órgãos judiciários e sem encaminhamento.

- Familiar que acompanhou a alta: sim e não. Em caso afirmativo, qual familiar.

- Reinternação durante o período da pesquisa: caso o paciente tivesse sido reinternado no período em que foi feita a pesquisa, os dados da primeira internação eram registrados no formulário da entrevista e considerados dados secundários. Nenhum participante foi entrevistado duas vezes. Neste campo, foram considerados a data da reinternação, duração da reinternação em dias, motivo da reinternação (abandono da medicação, abandono da psicoterapia, perdas parentais e outros) e encaminhamento formal para reinternação (consultório médico, ambulatório de saúde mental, CAPS e Unidade Básica de Saúde).

### 3.3.3 Critérios de inclusão e exclusão

No período compreendido entre 1º de janeiro de 2011 a 30 de junho de 2001, foram internados na UPHG 461 pacientes.

Foram **incluídos** 240 pacientes, que preencheram os seguintes critérios: ser maior de 18 anos, ter condições de entender a entrevista e responder a ela, concluir o tratamento com alta médica programada e concordar em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram **excluídos** 221 pacientes internados na unidade psiquiátrica da instituição, Figura 2, sendo três menores de 18 anos, três indígenas, 13 não comunicativos, 31 sem condições de entender e responder à entrevista, 49 se recusou por três vezes consecutivas, em momentos diferentes, a participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após sua leitura e explicação, 66 não concluíram o tratamento e 56 tiveram alta não programada, o que inviabilizou a abordagem.

Os pacientes indígenas foram excluídos, pois, conforme determina a Resolução 196/96, toda pesquisa envolvendo pessoas da raça indígena deve ser

submetida ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. As 13 pessoas não comunicativas possuíam alguma deficiência física relacionada à fala e à audição, o que impedia a comunicação, não tendo sido programadas outras formas de abordagem além da entrevista.

Como não conclusão de tratamento foi considerados o abandono, a alta a pedido, a transferência e a fuga, totalizando 66 pacientes. Os 56 restantes tiveram alta não programada, portanto, não forneceram condições para o pesquisador saber com antecedência para proceder à entrevista.

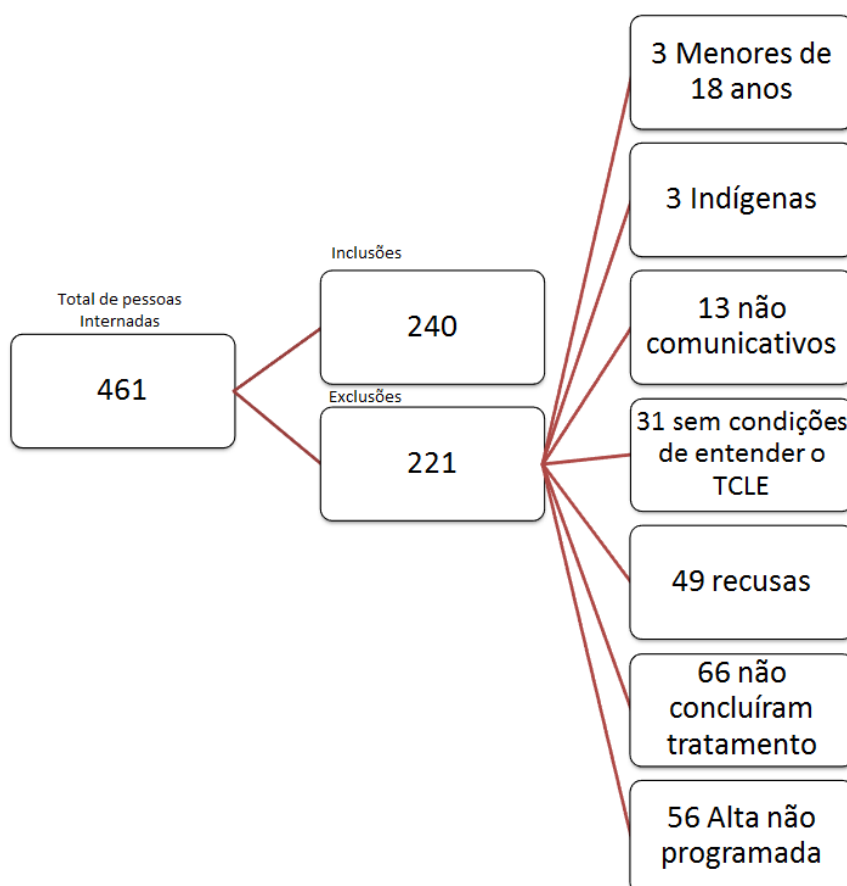


FIGURA 2. ORGANOGRAMA DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE PESSOAS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA – GUARAPUAVA – 2011.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes da pesquisa são pessoas com transtorno mental e, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata das “Diretrizes e

Normas Regulamentadoras para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos”, consideradas pertencentes ao Grupo Vulnerável (BRASIL, 1996).

A vulnerabilidade, neste caso, é relacionada à restrição de liberdade ou aos esclarecimentos necessários para o adequado consentimento, observando que as pessoas com transtorno mental se enquadram nessa condição pelas condições patológicas agudas ou crônicas por elas enfrentadas. Porém, o participante da pesquisa foi informado e o consentimento para participação do estudo foi também fornecido por ele.

Além disso, foram respeitados os direitos dos usuários da UPHG como determina a Lei Federal n. 10.216, de 06 de abril de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, a qual prevê, em seu art.2º, inciso IV, a garantia de sigilo das informações prestadas. Também, conforme prevê a Resolução 196/96, foram garantidos aos participantes, o anonimato e a liberdade de participar ou não da pesquisa e, aos que participaram a possibilidade de desistência em qualquer momento (BRASIL, 2001a).

A coleta de dados foi feita somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Foram solicitadas ainda ao entrevistado permissão para consultar seu prontuário e a possibilidade de entrevistar o responsável pela sua internação (APÊNDICE C), resguardando os aspectos éticos, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no entanto, ele não foi privado de informação sobre a pesquisa.

A pesquisa foi autorizada pela instituição e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR), em 13 de dezembro de 2010, sob-registro CEP/SD: 1016.141.10.09; CAAE: 4581.0.000.091-10 (ANEXO I).

### 3.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu durante de janeiro a junho de 2011, de segunda a sábado, no período diurno, conforme recomendação da coordenação da Unidade de Internação. A apresentação do pesquisador e da pesquisa para o participante e para

o responsável pela internação dele ocorreu por meio da enfermeira gerente e responsável técnica da unidade de internação psiquiátrica.

Antes de iniciar a coleta dos dados, foi apresentada ao participante a carta de autorização para o estudo, assinada pelo diretor do hospital. Foram ainda esclarecidos individualmente o objetivo da pesquisa, a metodologia para coleta de informações, os critérios de sigilo e anonimato e as dúvidas que poderiam surgir. Foi facultada ao participante a opção voluntária para participar da pesquisa, formalizada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B). Este mesmo termo foi aplicado ao responsável após o participante autorizar a complementação de dados por parte dele (APÊNDICE C) para participar desta pesquisa de acordo com a Resolução 196/96.

Após o consentimento do paciente, foram consultados os dados dos prontuários e, na sequência, procedeu-se à entrevista estruturada individualmente com todos os 240 pacientes com a finalidade de completar os dados. O local das entrevistas foi à unidade de internação, em sala reservada pela gerência do serviço de enfermagem para garantir a privacidade na coleta das informações. Os dados foram registrados no formulário de coleta de dados (APÊNDICE A).

Os dados foram armazenados, inicialmente, em um formulário do *Google Docs®*, e enviados a uma planilha eletrônica. Completada a alimentação, os dados qualitativos foram padronizados, agrupados e analisados, juntamente com dados quantitativos, com o auxílio de um profissional da estatística.

Os resultados obtidos no estudo foram expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrão (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas). Para avaliação da associação entre variáveis qualitativas, foi considerado o teste de Qui-quadrado. Valores de  $p < 0,05$  indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional *Statistica* v.8.0.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados se dará na seguinte ordem - aspectos sociodemográficos, aspectos clínicos e aspectos da internação atual - delineando assim um perfil dos pacientes que utilizaram a Unidade de Internação Psiquiátrica, local da pesquisa, no primeiro semestre de 2011.

Essa caracterização, elaborada dentro de uma perspectiva quantitativa, teve a finalidade de contextualizar aspectos sociodemográficos, clínicos e de internação nesse grupo que esteve em internação. Na discussão dos dados, as evidências locais são comparadas com dados nacionais e internacionais, bem como com as políticas nacional, estadual e local, que dispõem sobre o tratamento das pessoas com transtorno mental e o modo de lidar com os transtornos mentais.

### 4.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO

Na Tabela 1, são descritos os dados sociodemográficos que caracterizam os entrevistados usuários da UPHG.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS. GUARAPUAVA – 2011.

<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Grupo Etário</b>						
18 – 29 anos	14	16,7	31	19,9	45	18,8
30 – 39 anos	22	26,2	40	25,6	62	25,8
40 – 49 anos	27	32,1	48	30,8	75	31,3
50 – 59 anos	16	19,0	19	12,2	35	14,6
60 anos ou mais	5	6,0	18	11,5	23	9,6
<b>Área de residência</b>						
Área Rural	23	27,4	44	28,2	67	27,9
Área Urbana	61	72,6	112	71,8	173	72,1
<b>Raça</b>				0,0		
Branco	47	56,0	72	46,2	119	49,6
Pardo	37	44,0	78	50,0	115	47,9
Negro	-	-	6	3,8	6	2,5
<b>Religião</b>				0,0		
Católica	67	79,8	115	73,7	182	75,8
Evangélica	13	15,5	30	19,2	43	17,9
Espírita	2	2,4	10	6,4	12	5
Outras	2	2,4	1	0,6	3	1,3

continua



TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS. GUARAPUAVA – 2011.

<b>Sexo Variáveis</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Conclusão Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Amasiado	4	4,8	16	10,3	20	8,3
Casado	24	28,6	37	23,7	61	25,4
Separado	16	19,0	25	16,0	41	17,1
Solteiro	32	38,1	71	45,5	103	42,9
Viúvo	8	9,5	7	4,5	15	6,3
<b>Filhos</b>						
Possui	63	75,0	96	61,5	159	66,3
Não Possui	21	25,0	60	38,5	81	33,7
<b>Composição familiar</b>						
Companheiro e/ou filhos	46	54,8	54	34,6	100	41,7
Pai e/ou mãe e/ou irmãos	23	27,4	73	46,8	96	40
Reside Só	10	11,9	24	15,4	34	14,2
Outros	5	6,0	5	3,2	10	4,2

FONTE: A autora (2011).

Participaram da pesquisa (Tabela 1) pessoas de 18 a 80 anos com a média de idade de 41,5 anos, com desvio padrão de 12,8 e mediana de 41,0, com o grupo etário predominante entre 30 e 49 anos. Contata-se que as internações de homens são mais frequentes. Os participantes declararam-se da raça parda ou negra em 50,4% dos casos, residentes na Zona Urbana (72,1%), e a religião mais citada foi a Religião Católica (75,8%). A situação conjugal prevalente foi solteira (42,9%), 66,3% dos entrevistados referiram possuir pelo menos um filho e 41,7% deles residem com companheiro e/ou filhos.

De modo geral, esse perfil se assemelha, quanto à prevalência do sexo masculino, faixa etária, raça e religião, aos perfis encontrados por Santos *et al.* (2000) e Sousa, Silva e Oliveira (2010) em estudos realizados, respectivamente, no serviço de emergências psiquiátricas de um hospital geral universitário, na cidade de Ribeirão Preto – São Paulo, com 48 pacientes, e em uma unidade de emergência psiquiátrica, em Sobral – Ceará, com informações dos prontuários de 191 pacientes.

As diferenças por sexo têm sido enfocadas quanto à prevalência, causalidade e evolução das desordens mentais. De acordo com a OMS (2002), há uma maior proporção de mulheres que necessitam de internação. Essas internações, por sua vez, se devem a transtornos do humor. No entanto, nesta pesquisa, observou-se uma prevalência de homens (65%) com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Tradicionalmente, os homens sentem-se invulneráveis às diversas enfermidades biológicas e aos transtornos psiquiátricos, o que, conseqüentemente,

diminui a adesão a medidas preventivas bem como a procura por serviços primários por essa parcela da população. Em contraponto, a procura por serviços terciários e curativos é maior, gerando grande impacto econômico e social, haja vista que os custos em saúde a nível curativo são maiores que os preventivos (BRASIL, 2009b).

Além do impacto econômico para a Saúde Pública, existe também o impacto social para as famílias e para o setor produtivo, visto que os homens correspondem a aproximadamente 60% das pessoas com vínculo empregatício formal (BRASIL, 2009b).

A faixa etária prevalente na pesquisa, Tabela 1, é a de adultos, fase mais longa da vida, que, de acordo com Kaplan e Sadock (2007), corresponde ao auge das realizações pessoais como o casamento, a criação dos filhos e as atividades laborais, que são intensamente valorizadas nesta idade.

Assim como em outras fases da vida, a idade adulta pode ser geradora de questionamentos internos, que geram ansiedade e, por sua vez, podem desencadear transtornos mentais. Além disso, essa etapa se caracteriza por ser a mais produtiva da vida (MIRANDA, TARASCONI e SCOTEGAGNA, 2008).

Um estudo sobre aspectos epidemiológicos dos transtornos mentais, desenvolvido por Miranda, Tarasconi e Scotegagna (2008) no Rio Grande do Sul, com informações de seis instituições que atendem a pessoas com transtorno mental, sendo 674 crianças e 2848 adultos, apontou que a procura por atendimento em saúde mental, naquela população, foi maior na faixa etária de 30 a 49 anos (41,8%), assemelhando-se aos dados encontrados no presente estudo (Tabela 1).

Quanto à distribuição das pessoas de acordo com a área de residência, o maior número está na área urbana (Tabela 1). De acordo com dados do IBGE (2010), a população urbana abrange, aproximadamente, 85% da população do Estado do Paraná.

Grande parte dos estudos que tratam dos transtornos mentais não mostra a correlação existente entre os tipos de transtornos e a área de residência, considerando área rural e urbana. Trabalho de Faria *et al.* (1999), realizado com 1282 trabalhadores da área rural da Serra Gaúcha, enfatiza a necessidade de estudos que identifiquem as diferenças entre as populações do campo e da cidade no tocante aos transtornos mentais. Eles referem que os problemas de saúde mental devem ser tratados como problemas de saúde coletiva, implicando incluir as diversidades num plano de atenção que vise ao alcance de toda a população.

No que se refere à raça, 49,6% dos participantes se declararam brancos e 50,4% se declararam pardos ou negros (Tabela 1). Estudos de Ferreira Filho *et al.* (2003) sobre o perfil sociodemográfico e os padrões do uso entre 440 dependentes de cocaína hospitalizados e de Guimarães C.F. *et al.* (2008) com 30 usuários de crack em um hospital psiquiátrico em Porto Alegre também encontraram predominância de internações de pessoas da raça/cor parda e/ou negra. Porém, no presente estudo, entende-se que o grande número de pessoas brancas pode se dever à colonização da região, que ocorreu, basicamente, por pessoas de origem europeia, principalmente, ucranianos e poloneses, e que o Estado do Paraná possui 70% da população residente de cor/raça branca (IBGE, 2011). Não se evidenciou na literatura consultada ligação entre raça e transtornos mentais.

Há que se considerar que as diferenças raciais no Brasil se refletem significativamente na situação social dos indivíduos. Os reflexos advêm do período colonial, quando um grande contingente de negros, trazidos do continente Africano, foram escravizados e privados dos direitos constitucionais da época. Consequentemente, apesar da garantia de liberdade após a abolição, a baixa escolaridade, aliada à discriminação racial, colocaram essa população à margem da sociedade (BATISTA, 2005).

Estudos sobre as desigualdades sociais em saúde relacionam o perfil socioeconômico com o perfil de saúde da população. No que se refere aos negros, associam-se sempre às pessoas dessa raça más condições habitacionais, saneamento básico e pouco acesso aos bens de consumo. Quanto ao mercado de trabalho, as tarefas que exigem menos qualificação e de menores salários são mais ocupadas por negros do que por brancos. A soma desses fatores atribui à raça negra uma condição de vulnerabilidade social (BATISTA, 2005).

Em uma pesquisa realizada no banco de dados do Ministério da Saúde, especificamente no Sistema de Informação de Mortalidade no ano de 1999, constata-se que a taxa de mortalidade é maior em homens e da raça negra. No que se refere à causa da morte, o autor destaca os transtornos mentais e comportamentais e mortes por causas externas (BATISTA, 2005).

A religião católica foi a mais citada (75,8%) pelos participantes do estudo (Tabela 1). Soeiro *et al.* (2008) estudaram a religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário e encontraram uma prevalência de pessoas de religião católica.

De acordo com o IBGE (2010), 73,8% dos brasileiros se declararam católicos. Quanto à relação da afiliação religiosa e transtornos mentais, não foram evidenciadas na literatura consultada evidências de possível influência.

Quanto ao estado civil, o contingente de pessoas que vivem sem um companheiro, somando solteiros, separados e viúvos, é de 60%, tendo predominado o estado civil solteiro (42,9%) (Tabela 1). Este último dado está em consonância com pesquisas anteriormente realizadas por Formiga *et al.* (2009), Guimarães C.F. *et al.* (2008) e Gastal *et al.* (2006), todas com pacientes em tratamento hospitalar, seja em hospital especializado ou em UPHG, onde a prevalência de estado civil solteiro chega a 90%.

Entre as pessoas que participaram da pesquisa, 66,3% têm filhos, realidade que pode ser comparada aos estudos de Araújo, Pinho e Almeida (2005) e de Cardoso *et al.* (2011). No entanto, em ambos os estudos não foram evidenciadas correlações entre ter ou não filhos e transtornos mentais.

Há que se considerar que entre os indivíduos que participaram do estudo e possuem filhos, 35,4% não mantêm vínculo conjugal. Segundo Kaplan e Sadock (2007), as crianças que não convivem com seus progenitores têm chances maiores de desenvolver transtornos mentais e comportamentais do que aquelas que convivem com o pai e mãe sob o mesmo teto.

Em alguns transtornos mentais, como no caso dos relacionados às substâncias psicoativas, as relações interpessoais são agravadas. Há desesperança, perda do contato físico e ocorrência de sintomas que reportam a transtornos do humor, sobretudo à depressão, portanto, o vínculo afetivo de cônjuges e filhos é afetado consideravelmente (ARAGÃO; MILAGRES; FIGLIE, 2009).

Na composição familiar, houve diferença importante entre homens e mulheres: elas coabitam na mesma residência, predominantemente, com companheiros e/ou filhos (54,8%) e eles (46,8%), com pai e/ou mãe e/ou irmãos (Tabela 1). Deste modo, a composição familiar dos participantes do estudo se dá basicamente por companheiro e filhos ou companheiro ou filho (41,7%). Esses dados são semelhantes aos encontrados nos estudos de Cardoso *et al.* (2011) em que 45% das pessoas moravam com familiares.

Estas informações também se assemelham aos dados do IBGE (2010), em que é referido que a família brasileira tem se modificado, a média de filhos por

família é de 2,8, enquanto a média de pessoas que residem no mesmo lar é de 3,8. A quantidade de mulheres que residem somente com o filho aumentou, chegando a 61,5%, e as famílias unipessoais (17,1%) também seguem essa tendência.

Ainda nesta variável, ao analisar os dados de acordo com o sexo (Tabela 1), observa-se diferença importante na composição familiar. As mulheres entrevistadas (54,8%) residem com seu companheiro e/ou filhos, enquanto os homens (46,8%) residem com pai e/ou mãe e/ou irmãos. Pode-se inferir que esta diferença está ligada ao estado civil dos participantes e à condição de possuir ou não filhos. Ainda, é sabido que no Brasil a preferência da Guarda Legal dos filhos é das mães, o que também pode ter contribuído para este resultado.

Os dados da Tabela 2 retratam a situação socioeconômica dos participantes do estudo e incluem variáveis de escolaridade, atividade profissional e renda.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO, ESCOLARIDADE, ATIVIDADE OCUPACIONAL E RENDA – GUARAPUAVA, 2011.

Escolaridade	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	9	10,7	16	10,3	25	10,4
Ensino Fundamental Incompleto	46	54,8	80	51,3	126	52,5
Ensino Fundamental Completo	8	9,5	18	11,5	26	10,8
Ensino Médio Incompleto	12	14,3	13	8,3	25	10,4
Ensino Médio Completo	6	7,1	22	14,1	28	11,7
Ensino Superior Incompleto	1	1,2	4	2,6	5	2,1
Ensino Superior Completo	2	2,4	3	1,9	5	2,1
<b>Abandono dos Estudos</b>						
Sim	71	84,5	114	73,1	185	77,1
Não	13	15,5	42	26,9	55	22,9
<b>Atividade Profissional</b>						
Ativo	53	63,1	47	30,1	100	41,7
Afastado	7	8,3	24	15,4	31	12,9
Inativo	23	27,4	68	43,6	91	37,9
Aposentado	1	1,2	17	10,9	18	7,5
<b>Abandono do Trabalho</b>						
Sim	4	4,8	38	24,4	42	17,5
Não	80	95,2	118	75,6	198	82,5
<b>Fonte de Renda Pessoal</b>						
Aposentadoria	1	1,2	16	10,3	17	7,1
Benefício	44	52,4	32	20,5	76	31,7
Emprego Fixo	5	6,0	15	9,6	20	8,3
Não Possui	26	31,0	42	26,9	68	28,3
Serviço Autônomo	8	9,5	51	32,7	59	24,6
<b>Renda Individual</b>						
0 a 1	73	86,9	97	62,2	170	70,8
2 a 3	7	8,3	49	31,4	56	23,3
4 ou mais	3	3,6	8	5,1	11	4,6
Não informado	1	1,2	2	1,3	3	1,3

continua

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO SEXO, ESCOLARIDADE, ATIVIDADE OCUPACIONAL E RENDA – GUARAPUAVA, 2011.

Renda Familiar	Feminino		Masculino		Conclusão Total	
	N	%	N	%	N	%
0 a 1	35	41,7	52	33,3	87	36,3
2 a 3	28	33,3	79	50,6	107	44,6
4 ou mais	12	14,3	18	11,5	30	12,5
Não informado	9	10,7	7	4,5	16	6,7

FONTE: A autora (2011).

A escolaridade predominante dos participantes, Tabela 2, foi o ensino fundamental incompleto (52,4%), que, de acordo com o Sistema Educacional Brasileiro, corresponde a menos de nove anos de estudo (BRASIL, 2005b).

Registra-se que 77,1% da população estudada abandonaram os estudos, o que pode explicar a predominância da baixa escolaridade. Quando questionados sobre o motivo pelo qual abandonaram os estudos, várias foram as respostas encontradas. No entanto, é importante ressaltar que 13,3% atribuem ao transtorno mental o abandono dos estudos e outros 39,5%, a questões sociais como trabalho, gestação e casamento.

Esses dados em muito se assemelham aos resultados de estudos realizados anteriormente em diversos serviços de saúde mental. Monteiro C.F *et al.* (2011), em um estudo de perfil realizado no Piauí em um CAPS ad, com o prontuário de 1043 pacientes, mostraram que 40,1% possuíam o ensino fundamental. Estudo de Araújo, Pinho e Almeida (2005), realizado em Feira de Santana – Bahia, com 2055 mulheres para evidenciar a ocorrência de transtornos mentais nesta população, constatou que 44,1% delas completaram o ensino fundamental.

A escolaridade dos brasileiros, em linhas gerais, é muito baixa. Aproximadamente 50% das pessoas que vivem no Brasil possuem até quatro anos de estudo e apenas 5% possuem o ensino superior completo. No que se refere aos transtornos mentais, o prejuízo escolar pode ser tanto fator de risco como efeito do transtorno em si (BRASIL, 2007b).

Por esse motivo, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental salientou a importância de ações intersetoriais entre redes de educação e saúde mental, com vistas a incluir pessoas em sofrimento psíquico nos vários níveis de educação. Há também a preocupação em criar estratégias para evitar a evasão escolar e viabilizar atenção psíquica aos alunos que precisam de cuidados (BRASIL, 2010b).

Quanto à atividade laboral, 41,7% das pessoas estudadas referiram-se ativos e 83,6% mencionaram que nunca abandonaram o trabalho. Entre os que abandonaram o trabalho, notam-se diferenças significativas entre os sexos: entre os homens o percentual de abandono é de 24,4% e entre as mulheres, não chega a 5%. Os maiores índices de abandono do trabalho pelos homens podem estar relacionados ao diagnóstico, haja vista que existem diferenças significativas entre o tipo de diagnóstico e o sexo, conforme será discutido adiante na Tabela 7.

Entre os participantes que trabalham somente 20% afirmaram ter vínculo empregatício fixo, com registro no Ministério do Trabalho. Sendo assim, registra-se que a principal fonte de renda deles é o Benefício Social Previdenciário (31,7%). Esses dados são semelhantes aos encontrados por Silva, Coutinho e Amarante (1999) e Machado e Santos (2011) no que concerne ao emprego formal e recebimento de benefício previdenciário para pessoas com transtorno mental.

Destaca-se ainda nesta variável a diferença entre os sexos: 52,4% das mulheres afirmam ter como fonte de renda o benefício previdenciário e nos homens o percentual fica em 20,5%. Novamente esta informação pode ter sido influenciada pelo tipo de diagnóstico, pois as mulheres em sua maioria têm diagnósticos de transtornos do humor e esquizotípicos e os homens, transtornos relacionados a substâncias psicoativas. Considerando o total de pessoas pesquisadas que têm como diagnóstico transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, destaca-se que, nestes casos, os prejuízos sociais relacionados ao mercado de trabalho são maiores.

No Brasil não há amparo financeiro ou benefício previdenciário para os dependentes químicos. Além disso, a dependência a substâncias psicoativas aumenta a vulnerabilidade de problemas no trabalho e baixo rendimento quando os sujeitos se encontram empregados e diminuem as chances de conseguir um novo emprego, se desempregados (OLIVA, 2007).

Cabe a discussão sobre os custos previdenciários dos pacientes com transtorno mental, bem como as possibilidades de inclusão dessas pessoas no mercado de trabalho. Também na IV Conferência Nacional de Saúde Mental discutiu-se a implantação de uma política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho, com base na integralidade e intersetorialidade, o que significa, em linhas gerais, envolver Ministérios da Saúde e da Previdência Social em ações

conjuntas que visem à diminuição de custos previdenciários e garantam a inclusão (BRASIL, 2010b).

A renda pessoal dos indivíduos pesquisados variou entre zero e R\$ 4.000,00, sendo a média R\$ 539,00 e a mediana R\$ 545,00. Observa-se então que a faixa de renda predominante é de zero a um salário mínimo (70,8%). A renda familiar variou entre R\$ 0,0 e R\$ 10.000,00, com média de R\$ 1.100,00, e a faixa de renda familiar predominante foi registrada entre dois e três Salários Mínimos (44,6%).

Novamente nesta variável encontram-se diferenças importantes entre homens e mulheres: 86,9% das mulheres têm renda de até um salário mínimo enquanto nos homens este percentual está em 62,2%. A renda entre um e dois salários mínimos é maior entre os homens do que entre as mulheres, com percentuais de 31,4% e 8,3%, respectivamente.

Golçalves e Miranda (2012) referem, em sua pesquisa intitulada “Estudo da Evolução do Trabalho da Mulher e a sua Valorização no Mercado”, que grande parte dos estudos sobre gênero e mercado de trabalho refere que os homens são mais bem remunerados que as mulheres, considerando o sexo fator determinante do desequilíbrio salarial.

No geral, os dados desta pesquisa se assemelham aos do estudo de Cardoso *et al.* (2011), em que a maior parte dos indivíduos pesquisados apresentou renda individual de um salário mínimo e familiar de dois salários mínimos. O levantamento realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) mostra que em 73% dos domicílios a renda familiar não ultrapassa dois salários mínimos (BRASIL, 2007b). No entanto, é importante observar que o presente estudo foi realizado em uma unidade que presta serviços unicamente ao Sistema Único de Saúde, o que pode justificar a faixa de renda e a escolaridade dos participantes.

A Figura 3 e a Tabela 3 mostram a procedência dos pacientes, a relação entre a densidade demográfica dos municípios da 5ª Regional de Saúde, o número de pessoas encaminhadas para internação proveniente de cada um deles e a distribuição dos serviços de saúde mental.



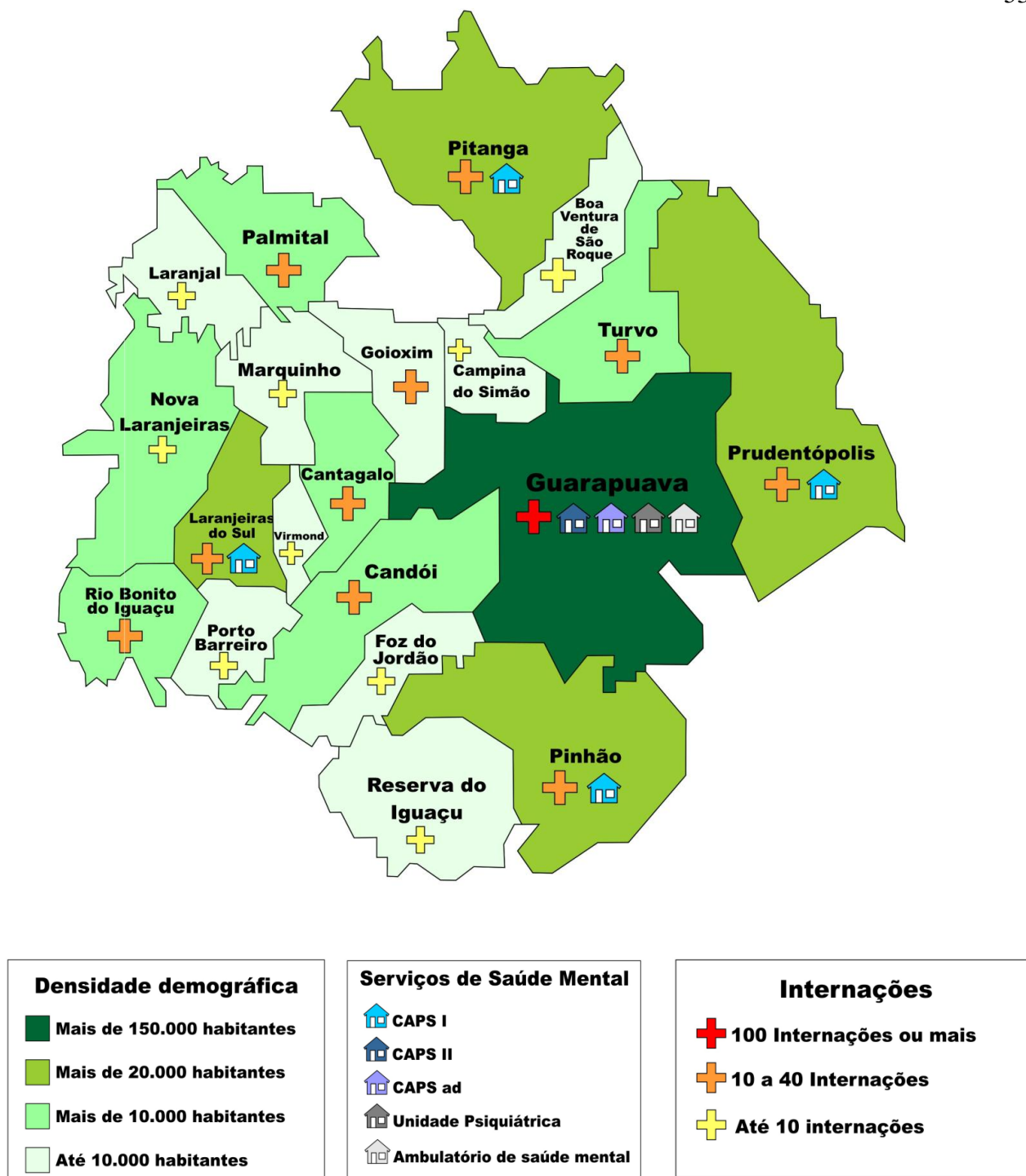


FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA 5ª REGIONAL DE SAÚDE DE ACORDO COM DENSIDADE DEMOGRÁFICA, SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E NÚMERO DE INTERNAÇÕES NA UPHG – PRIMEIRO SEMESTRE 2011.

FONTE: SESA - ADAPTADO

A densidade demográfica aponta, nesta regional, uma única cidade com mais de 150.000 habitantes, o município de Guarapuava, no qual a UPHG, onde foi realizada a pesquisa, está localizada, quatro municípios com 20.000 habitantes ou mais e as demais cidades com população inferior a 20.000 habitantes (IBGE, 2011).

A portaria 336/2002, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial, determina que os municípios que possuem entre 20.000 e 70.000 habitantes podem

credenciar serviços de CAPS I; os CAPS II, em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; e os CAPS III para cidades com mais de 200.000 habitantes. Além desses critérios, nos casos especiais onde haja demanda específica, os municípios com menos de 20.000 habitantes podem solicitar CAPS I e os municípios com mais de 20.000 habitantes podem solicitar o credenciamento de CAPS AD e CAPS i (BRASIL, 2004b).

Por esse motivo, no final do ano de 2011, o município de Prudentópolis, justificado pela demanda de paciente e elevado número de internações de pessoas por problemas com substâncias psicoativas, efetuou junto ao Ministério da Saúde o cadastramento de uma CAPS Ad.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA 5ª REGIONAL DE SAÚDE DE ACORDO COM DENSIDADE DEMOGRÁFICA, QUANTIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E NÚMERO DE INTERNAÇÕES CORRESPONDENTES AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA – GUARAPUAVA, 2011.

Município	Densidade demográfica	Quantidade de serviços de Saúde Mental	Necessidade de Internação em Psiquiatria	Número de internações	
				N	%
Boa ventura de São Roque	6554	-	10	3	1,3
Campina do Simão	4076	-	7	1	0,4
Candói	14983	-	22	5	2,1
Cantagalo	12952	-	19	6	2,5
Foz do Jordão	5420	-	8	3	1,3
Goioxim	7503	-	11	14	5,8
Guarapuava	167328	4	250	102	42,5
Laranjal	6360	-	10	3	1,3
Laranjeiras do Sul	30777	1	46	18	7,5
Marquinho	4981	-	7	1	0,4
Nova Laranjeiras	11241	-	16	4	1,7
Palmital	14865	-	22	8	3,3
Pinhão	30208	1	45	17	7,1
Pitanga	32638	1	48	10	4,2
Porto Barrero	3663	-	5	1	0,4
Prudentópolis	48792	2	70	15	6,3
Reserva do Iguaçu	7307	-	10	1	0,4
Rio Bonito do Iguaçu	13661	-	20	3	1,3
Turvo	13811	-	20	10	4,2
Virmond	3950	-	5	2	0,8
Outros	-	-	-	13	5,4

Fonte: A autora (2011).

Os CAPS ad e CAPS i são serviços de atenção psicossocial que atendem respectivamente usuários de álcool e drogas e crianças e adolescentes. A modalidade de CAPS ad pode ser instalada em municípios com mais de 70.000 habitantes, enquanto os CAPS i, em municípios com mais de 200.000 habitantes, se

tornando então, esses locais, referência de atendimento especializado (BRASIL, 2004b).

Sendo assim, constata-se que os Municípios da 5ª Regional de Saúde dispõem dos serviços de CAPS conforme determina esta Portaria, que mostra que as cidades com menos de 20.000 habitantes não são contempladas, financeiramente, por serviços de atenção específicos aos pacientes com transtorno mental.

Nesses locais, que não possuem CAPS, o Ministério da Saúde recomenda que o atendimento a essas pessoas seja por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelas Unidades Básicas de Saúde através de ações locais (BRASIL, 2004b).

Para que se realize o planejamento de ações estratégicas em saúde mental, é necessário programar o número de consultas especializadas bem como o número de internações por ano. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o parâmetro para cálculo de necessidade de internação especializada hospitalar (NIEH) em psiquiatria por município é feito da seguinte maneira:  $NIEH = \text{População total} \times 0,3 / 100$ . Sendo 0,3 um número de parâmetro de cobertura de internação indicado para especialidade de psiquiatria pela OPAS (BRASIL, 2001b).

O reflexo do planejamento em saúde mental bem como da organização do serviço pode ser notado na Figura e na Tabela 3, onde também estão demarcadas as internações por local de procedência do paciente. Espera-se que quanto maior a densidade demográfica maior a demanda para internações psiquiátricas, o que é demonstrado pelo número de internações nos municípios com mais de 20.000 habitantes.

No entanto, observa-se que as cidades de menor porte são também responsáveis por um grande número de encaminhamentos para internações na unidade em estudo. O caso mais marcante está no município de Goioxim, que tem uma população de 7500 habitantes, e fez entre 10 e 40 internações. Neste município, o ideal seriam 11 internações por semestre, e o número de internações foi de 23, sendo que 14 destes internados participaram da pesquisa.

Outra observação importante é que o Município de Guarapuava, que conta com uma rede de atenção com serviços de CAPS II, CAPS Ad e Ambulatório de Saúde Mental, é responsável por 39% das internações, seguido de Laranjeiras do

Sul (7%), Pinhão (5,8%), Prudentópolis (5,6%) e Pitanga (4,5%), os quatro municípios da 5ª Regional de Saúde que possuem serviço de CAPS I.

Neste contexto, observa-se que, entre os objetivos dos CAPS, estão o de acolher seus usuários na comunidade, implementar projetos terapêuticos individuais e articular a rede de atenção à saúde mental. Além disso, cabe aos CAPS identificar e oferecer acolhimento em um ambiente terapêutico também para as pessoas que estão em crise, ou seja, com exacerbação dos sintomas de transtorno de que são acometidas. Assim, uma consequência do bom funcionamento desses serviços seria a redução das internações psiquiátricas (BRASIL, 2004c).

Nesta perspectiva, verifica-se nesta pesquisa que nos municípios que possuem CAPS as internações hospitalares em psiquiatria estão abaixo do que preconiza a OPAS ao programar as ações de saúde mental, tendo esta redução nos 5 municípios ultrapassado 50%.

#### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL

Para caracterização do perfil clínico dos pacientes com transtorno mental em tratamento na unidade psiquiátrica do hospital geral pesquisado, foram adotadas variáveis relacionadas à história pessoal, familiar, uso dos serviços de saúde mental, tratamentos e comorbidades.

A Tabela 4 retrata a idade de início do transtorno mental, o primeiro diagnóstico, o tempo de diagnóstico e a presença de comorbidades clínicas.

TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM A IDADE DE INÍCIO DO TRANSTORNO MENTAL, PRIMEIRO DIAGNÓSTICO, TEMPO DE DIAGNÓSTICO, TEMPO DE DIAGNÓSTICO, COMORBIDADES CLÍNICA, OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL NA FAMÍLIA – GUARAPUAVA, 2011

Idade de Início	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 – 10	6	7,1	3	1,9	9	3,8
10 – 19	22	26,2	54	34,6	76	31,7
20 – 29	17	20,2	22	14,1	39	27,9
30 – 39	20	23,8	18	11,5	38	15,8
40 – 49	10	11,9	20	12,8	30	12,5
50 ou mais	6	7,1	9	5,8	15	6,3
Não soube Informar	3	3,6	2	1,3	5	2,1

Continua

TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM A IDADE DE INÍCIO DO TRANSTORNO MENTAL, PRIMEIRO DIAGNÓSTICO, TEMPO DE DIAGNÓSTICO, TEMPO DE DIAGNÓSTICO, COMORBIDADES CLÍNICA, OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO MENTAL NA FAMÍLIA – GUARAPUAVA, 2011

Primeiro Diagnóstico	Feminino		Masculino		Total		Conclusão
	N	%	N	%	N	%	
F10 – F19	14	16,7	92	59,0	106	44,2	
F20 – F29	16	19,0	30	19,2	46	19,2	
F30 – F39	41	48,8	23	14,7	64	26,7	
Outros	13	15,5	11	7,1	24	10	
<b>Tempo de Diagnóstico</b>							
1º diagnóstico	12	14,3	20	12,8	32	13,3	
1 – 5 anos	14	16,7	28	17,9	42	17,5	
6 – 10 anos	12	14,3	24	15,4	36	15	
11 – 20 anos	14	16,7	33	21,2	47	19,6	
20 anos ou mais	29	34,5	49	31,4	78	32,5	
Não Informado	3	3,6	2	1,3	5	2,1	
<b>Comorbidades Clínicas</b>							
Sim	11	13,1	71	45,5	82	34,2	
Não	73	86,9	85	54,5	158	65,8	
<b>Ocorrência de Transtorno Mental na Família</b>							
Sim	51	60,7	90	57,6	141	58,8	
Não	33	39,3	66	42,4	99	41,2	
<b>Familiar acometido por transtorno mental</b>							
Irmãos	19	37,2	30	33,3	49	34,8	
Mãe	18	35,2	18	20,0	36	25,5	
Pai	5	9,8	23	25,6	28	19,9	
Tios	2	3,9	7	7,8	9	6,4	
Avós	2	3,9	5	5,6	7	5,0	
Primos/Sobrinhos	2	3,9	3	3,3	5	3,5	
Filhos	3	5,8	4	4,4	7	5,0	
<b>Tipo de Transtorno Mental do Familiar</b>							
F10-F19	13	25,4	57	63,3	70	49,6	
F20-F29	11	21,5	7	7,8	18	12,8	
F30-F39	13	25,4	12	13,3	25	17,7	
Outros	14	27,4	14	15,6	28	19,9	

FONTE: A autora (2011).

A idade do início do transtorno mental, Tabela 4, variou entre 1 e 78 anos, sendo a média 26,4, com desvio padrão de 13,1, e mediana 23,0. Verifica-se que a maioria dos participantes teve início do transtorno mental na adolescência, faixa etária de 10 a 19 anos, com o primeiro diagnóstico pertencendo ao grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância química e que 34,2% possuem alguma comorbidade clínica.

A faixa de idade entre os 10 a 19 anos corresponde à adolescência, no entanto, o início e o fim desta fase da vida variam de indivíduo para indivíduo. Este

período se caracteriza por mudanças corporais, principalmente, ligadas ao desenvolvimento sexual, pela consolidação da personalidade e por transformações sociais que compreendem um período de preparação interna para vida adulta. Nesta fase, pode ocorrer uma crise de identidade, considerada normal, mas que pode interferir no aparecimento de um transtorno mental caso não seja adequadamente administrada (KAPLAN, SADOCK; 2007).

Quanto às diferenças por sexo, 7,1% das mulheres apresentaram o início dos transtornos até os 10 anos de idade, enquanto nos homens esse percentual é de 1,9%. Nota-se ainda que 34,6% dos homens apresentaram o início dos sintomas na adolescência, diferença significativa entre as mulheres, em que o percentual encontrado foi de 26,2%.

De acordo com Stefanelli *et al.* (2008), os transtornos esquizotípicos, esquizofrenia e transtornos delirantes têm a idade de início sintomático a partir dos 15 anos. Já os transtornos do humor são mais prevalentes após os 24 anos, e os transtornos relacionados ao uso e abuso de substâncias têm início também na adolescência.

Como referido anteriormente, pode-se inferir um percentual maior de homens que apresentaram o início dos sintomas na adolescência por se tratar dos transtornos relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas.

Considerando o todo e confirmando os dados da Tabela 4, o estudo realizado por Miranda, Tarasconi e Scotegagna (2008) com 674 crianças e 2848 adultos no interior do Rio Grande do Sul apontou que a faixa etária de maior incidência de transtornos mentais estava entre 11 e 12 anos de idade.

Outra pesquisa realizada em Curitiba em uma unidade de reabilitação de adictos com 30 pacientes em recuperação maiores de 18 anos constatou que o início do uso de substâncias psicoativas também se iniciou na adolescência (SILVA *et al.*, 2010).

De acordo com dados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (2007), o consumo de álcool entre os adolescentes se dá cada vez mais cedo, o que leva ao fenômeno do beber precoce e regular, que pode levar ao uso e abuso de outras substâncias químicas, além da exposição a acidentes de trânsito, sexo sem camisinha e envolvimento em brigas.

Quanto ao grupo de transtorno mental mais prevalente (Tabela 4), no momento do primeiro diagnóstico psiquiátrico está o relacionado ao uso de

substâncias psicoativas. Azevedo e Silva (2012) apontam que o cenário epidemiológico nacional atual indica alta prevalência de substâncias psicoativas, e a experimentação dessas substâncias está cada vez mais precoce o que torna o seu uso mais prejudicial nos aspectos biológico e social, por estar relacionado a comportamento de risco individual e coletivo.

Nesta variável, a diferença entre os sexos também é relevante: 59% dos homens apresentam como primeiro diagnóstico os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso e abuso de substância química, nas mulheres o percentual é de 16,7.

Andrade, Viana e Silveira (2006) apresentam o resultado da prevalência de morbidade psiquiátrica de cinco estudos de base populacional realizados em países ocidentais e constataam que, em todos os países pesquisados, o número de homens que possui diagnóstico relacionado ao uso de substâncias psicoativas é superior ao número de mulheres. E concluem que o risco de os homens terem problemas com álcool ou outras drogas ao longo da vida é 3,7 vezes maior que nas mulheres.

Quanto às mulheres, 48,8% das entrevistadas relataram como primeiro diagnóstico os transtornos do humor, nos homens, apenas 14% dos entrevistados referiram estes transtornos como primeiro diagnóstico.

De acordo com o estudo intitulado “Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher”, de Andrade, Viana e Silveira (2006), a incidência de transtornos do humor, sobretudo a depressão, em mulheres é maior que nos homens. A razão entre as taxas tem proporção de duas mulheres para cada homem depressivo.

Com vistas a enriquecer a análise dos dados, foram cruzados dados de algumas variáveis da Tabela 1 com os dados da variável “grupo de diagnóstico”, referido pelos participantes da pesquisa. Assim, traz-se a comparação de grupo diagnóstico com faixa etária, situação conjugal, escolaridade e renda.

Com relação à comparação do grupo diagnóstico com a faixa etária, é possível verificar que, entre as pessoas com faixa de 18-29 anos, há predominância para transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (60,47%).

Para as pessoas com 60 anos ou mais (66,67%), há predominância dos transtornos pertencentes ao grupo das esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.

O uso de substâncias psicoativas, como o álcool, tem se iniciado cada vez mais cedo, e como consequência, está a dependência química. Os dados dessa pesquisa apontam para isso, haja vista que, das pessoas entre 18 e 29 anos, 60,47% delas foram internadas por problemas relacionados ao uso de substância psicoativa.

Estes dados diferem do estudo realizado por Sousa e Oliveira (2010) com 203 dependentes químicos internados em hospital geral no ano de 2005, que revelou que grande parte das pessoas que procuravam tratamento era adulta, por volta dos 40 anos.

Já a predominância de pacientes com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes nas idades entre 30 e 39 anos e 40 e 49 anos pode estar relacionada à cronicidade desse tipo de transtorno. De acordo com Stefanelli *et al.* (2008), o início da esquizofrenia se dá em torno dos 15 anos de idade, sendo uma doença incapacitante com custo elevado devido aos seus prejuízos sociais. O fato de ocupar o 3º lugar entre as doenças incapacitantes pode nos remeter ao alto índice de internações em pessoas na fase produtiva.

Ao comparar a variável “grupo diagnóstico” com a “variável situação conjugal”, observa-se uma predominância de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes nos participantes solteiros (54,55%). Os transtornos do humor, por sua vez, se mostram mais prevalentes entre as pessoas sem companheiro.

De acordo com Kaplan e Sadock (2007), a depressão unipolar ocorre mais frequentemente em pessoas sem relações interpessoais íntimas e o transtorno bipolar do tipo I em pessoas divorciadas ou solteiras do que em pessoas casadas, dados que vão ao encontro dos achados da pesquisa.

Como as esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes são os que mais causam incapacidade e prejuízos na vida das pessoas acometidas por eles, pode-se explicar a prevalência destes transtornos entre os solteiros, haja vista que a construção de um laço conjugal afetivo nas condições crônicas da doença é raro (SILVA, COUTINHO E AMARANTE, 1999).

Outro achado da pesquisa que pode ser acrescentado à discussão é o fato de 56,61% dos participantes que se declararam separados serem diagnosticados como portadores de transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas. Isso pode ser devido ao fato de os prejuízos causados na estrutura familiar e na relação



conjugal entre os dependentes gerarem o divórcio (ARAGÃO, MILAGRES E FIGLIE, 2009).

Comparando as variáveis escolaridade e grupo diagnóstico, pode-se inferir que a escolaridade mais baixa é observada nas pessoas com esquizofrenia, transtorno esquizotípicos ou transtornos delirantes (48,3%), podendo ser uma consequência da cronicidade da doença e dos prejuízos que ela causa, como discutido anteriormente.

Verifica-se que a porcentagem de pessoas com transtornos do humor é maior nos participantes que referiram ter ensino médio completo e superior (21,1%). Esse fato pode se dever à idade de aparecimento dos transtornos do humor, que, de acordo com Arantes, Stefanelli e Fukuda (2008), se dá em torno dos 35 e 40 anos. Apesar de seu início ter se tornado mais comum entre crianças e adolescentes, as autoras defendem que a idade de início nos mais jovens é de 24 anos, sendo assim, existe uma maior possibilidade de completar os estudos até que os sintomas comecem a aparecer e se tornar incapacitantes a ponto de necessitar de intervenção hospitalar.

Ludemir e Melo Filho (2002) realizaram um estudo sobre as condições de vida e a estrutura ocupacional associada a transtornos mentais comuns com 621 adultos na cidade de Olinda – Pernambuco e afirmam que a educação tem efeito direto na saúde mental das pessoas, motivando comportamentos mais saudáveis, sendo verificado no estudo que a prevalência de transtornos mentais comuns é de 23% nas pessoas com mais de onze anos de estudo, enquanto chega a 49,7% nas pessoas não alfabetizadas ou com ensino fundamental incompleto.

Verifica-se que, entre as pessoas sem renda, os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas aparecem com maior frequência (91,67%). Entre as pessoas com transtornos do humor, observa-se uma maior porcentagem em pessoas com renda familiar superior a três salários mínimos.

De acordo com Ludemir e Melo Filho (2002), no estudo citado anteriormente, as pessoas com pior situação de renda familiar *per capita* apresentam maior prevalência dos transtornos mentais comuns do que aquelas com renda familiar *per capita* acima de um salário mínimo.

Quanto aos participantes que possuem diagnóstico de esquizofrenias e transtornos esquizotípicos, observa-se que a renda familiar é de um salário mínimo em 63,3% dos casos. Em estudo realizado por Cardoso *et al.* (2011), a renda

individual da maioria dos participantes daquela pesquisa não ultrapassou um salário mínimo. As autoras relacionam esse fato aos sintomas e características dos transtornos mentais, que limitam atividades laborais e sociais das pessoas com transtorno mental, acarretando consequências de déficit financeiro para a família.

Neste sentido, ressaltam-se os pontos discutidos na IV Conferência Nacional de Saúde Mental acerca de programas de geração de emprego e renda, capazes de assegurar o direito ao trabalho e garantir a melhoria da renda familiar (BRASIL, 2010b).

Ainda analisando a Tabela 4 quanto ao tempo de diagnóstico, dois dados se revelaram importantes. O primeiro é que 13,3% dos participantes do estudo referiram ter o primeiro diagnóstico de transtorno mental na idade atual e 32,5% tiveram diagnóstico há 20 anos ou mais, não tendo havido diferenças significativas entre os sexos.

De acordo com a OMS (2002), os transtornos mentais e comportamentais são cada vez mais frequentes. Estima-se que uma em cada quatro pessoas terá sofrimento psíquico em alguma fase da vida, o que pode justificar os achados desta pesquisa, haja vista que 13,3% dos participantes tiveram o primeiro diagnóstico no período da pesquisa e, conseqüentemente, necessitaram de intervenção hospitalar.

Quanto aos 32,5% que têm diagnóstico há 20 anos ou mais, a literatura ressalta que os transtornos mentais são os que mais trazem incapacidades e anos de vida perdidos por serem crônicos (OMS, 2002).

No que se refere às comorbidades clínicas, 34,2% dos participantes do estudo referiram ter pelo menos uma comorbidade. Entre os homens entrevistados, a ocorrência de comorbidades foi maior do que nas mulheres, 45,5% e 13,1%, respectivamente. E entre as comorbidades mais citadas, está a Hipertensão Arterial Sistêmica (12,1%).

Como comorbidade, entende-se “a ocorrência de uma patologia qualquer em um indivíduo já portador de outra doença, com a possibilidade de potencialização recíproca entre elas” (ALVES, KESSLER e RATTO, 2004, p.51).

O fato de os homens entrevistados apresentarem um percentual maior de comorbidade do que as mulheres pode também estar relacionado ao diagnóstico psiquiátrico. O uso de substâncias psicoativas pode contribuir para o aparecimento de doenças cardiovasculares, pulmonares e hepáticas (AZEVEDO e SILVA, 2012).

O pensamento dualista disseminado na medicina incide diretamente na

relação dos transtornos mentais e doenças clínicas, sendo o reconhecimento de doenças clínicas, pelos profissionais de saúde, em pessoas com transtorno mental dificultado e vice-versa. Existem vários transtornos mentais que podem levar a doenças físicas, como, por exemplo, a depressão, que pode influenciar o estado hormonal e imunológico da pessoa acometida, assim como os transtornos mentais podem estar relacionados a uma doença clínica de base, como, por exemplo, quadros psicóticos orgânicos desenvolvidos por tumores cerebrais (BOTEGA e SMAIRA, 2012). Neste sentido, se faz necessário, por parte dos profissionais de saúde, o reconhecimento das comorbidades para proporcionarem um tratamento adequado para ambas as condições vividas pela pessoa com transtorno mental.

Visualiza-se na Tabela 4 que 58,8% dos participantes têm pelo menos um familiar acometido por transtorno mental, não havendo diferenças significativas entre homens e mulheres nesta variável.

A relação parental pode influenciar o aparecimento dos transtornos mentais de maneiras diferentes. Kaplan e Saddock (2007) defendem que fatores genéticos e ambientais, psicológicos e não psicológicos podem interferir no aparecimento de um transtorno. Os mesmos autores esclarecem que, de acordo com a genética, um traço *hereditário* (que passa de pai para filho, como a cor do cabelo e formato dos olhos, por exemplo) é ligado à expressão de um gene específico. Um traço *adquirido* depende de fatores não genéticos, ou seja, de fatores ambientais. Esses fatores ambientais, por sua vez, podem ser ligados ao estresse em determinada faixa de experiências da vida, como insultos perinatais, desnutrição e uso de drogas, sendo esses fatores não psicológicos, havendo também fatores psicológicos como sentimentos de perda e culpa, por exemplo.

Porém, os autores não explicam como os genes ligados aos transtornos mentais, como, por exemplo, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno do pânico, interagem com o ambiente e influenciam no aparecimento da doença.

Um estudo realizado por Lafer e Vallada Filho (1999) sobre genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos apontou que o risco para depressão unipolar e transtorno bipolar aumenta, respectivamente, três e sete vezes, em parentes de primeiro grau portadores de transtorno bipolar do que em indivíduos da população geral.

Em pesquisa sobre aspectos genéticos e fatores de risco na esquizofrenia, Vallada Filho e Samaia (2000) apontaram a existência de um componente genético

para esquizofrenia que representa cerca de 80% das chances de desenvolver a doença. Porém, concluíram que os casos de esquizofrenia podem ocorrer na forma “genética” e na forma “ambiental”, conforme conceitos definidos anteriormente.

Quanto ao uso e abuso de substâncias psicoativas, Kaplan e Sadock (2007) referem que a etiologia dos transtornos dessa natureza pode estar relacionada a componentes genéticos, bem como a fatores sociais e culturais, neste caso, a convivência com as substâncias psicoativas, sobretudo as lícitas, em âmbito familiar.

Figlie *et al.* (2004), em pesquisa realizada com familiares de dependentes químicos, sendo 63 familiares, 54 crianças e 45 adolescentes, mostraram que o fato de conviver com um dependente químico pode gerar na criança e no adolescente comportamento antissocial e aumentar o risco de desenvolvimento do alcoolismo nos descendentes. Dados que vão ao encontro dos achados da pesquisa.

Registra-se um alto percentual de irmãos (28,8%) acometidos por transtorno mental (Tabela 4). Porém, ao analisar as diferenças entre os sexos, observa-se que nos homens o pai aparece como familiar acometido em 25,6% dos casos, enquanto nas mulheres, esse percentual é de 9,8%. O grupo diagnóstico mais referenciado foi novamente o dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância química (59,3%). Novamente, as diferenças entre homens e mulheres são significativas: nos homens 63,3% dos familiares são acometidos por esse transtorno e nas mulheres 25,4%.

Se um transtorno mental tiver um componente genético significativo, as chances de parentes em primeiro grau (pai, mãe, irmãos e filhos) serem acometidos por tal transtorno são maiores do que as chances de parentes de segundo grau e, assim, sucessivamente (KAPLAN e SADOCK, 2007). Nesta pesquisa, verificamos que os parentes em primeiro grau compreendem a maior parte dos familiares acometidos por transtorno mental, que, somados, representam 58,8%.

Canavez, Alves e Canavez (2010) realizaram uma pesquisa bibliográfica que teve por objetivo verificar quais os fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescente. Os autores concluem que a convivência com grupos de risco e, sobretudo, as influências do contexto familiar tanto no que diz respeito aos pais, pelo fato de não imporem limites adequadamente, quanto pelos exemplos de uso de substâncias psicoativas pelos irmãos ou progenitores, são considerados fatores predisponentes para o uso de drogas em adolescentes.

Estudo realizado por Fliglie *et al.* (2004) com filhos de dependentes químicos

apontou que timidez, sentimento de inferioridade, depressão, desordens psiquiátricas e problemas com sociabilidade são frequentes em cerca de 60% da população estudada. Reafirmam a hipótese de que filhos de dependentes químicos têm maior risco em desenvolver transtornos mentais dos que filhos de não dependentes.

A Tabela 5 apresenta a caracterização dos participantes de acordo com o número de internações, local de internação e total de serviços de saúde mental utilizados no decorrer da vida e realização de acompanhamento ambulatorial.

TABELA 5 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O NÚMERO DE INTERNAÇÕES, LOCAL DE INTERNAÇÃO, QUANTIDADE DE SERVIÇOS UTILIZADOS, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, TIPO DE TRATAMENTO PSICOTERÁPICO, TRATAMENTO MEDICAMENTOSO, PIC/MCA, MEDICAÇÕES UTILIZADAS – GUARAPUAVA, 2011

Número de Internações	Feminino		Masculino		Total	
	N(84)	%	N(156)	%	N(240)	%
1	23	27,4	49	31,4	72	30
2	18	21,4	43	27,6	61	25
3	16	19,0	22	14,1	38	16
4 a 10	18	21,4	31	19,9	49	20
11 ou mais	9	10,7	11	7,1	20	8,3
<b>Local de Internação</b>						
HG	59	70,2	124	79,5	183	76
HG e CR	3	3,6	7	4,5	10	4,2
HG e HP	21	25,0	19	12,2	40	17
HG, HP e CR	1	1,2	6	3,8	7	2,9
<b>Quantidade de Serviços Utilizados</b>						
1	30	35,7	75	48,1	105	44
2	35	41,7	51	32,7	86	36
3	16	19,0	18	11,5	34	14
4	2	2,4	8	5,1	10	4,2
5	1	1,2	3	1,9	4	1,7
6	0	0,0	1	0,6	1	0,4
<b>Acompanhamento ambulatorial</b>						
Não realiza	49	58,3	113	72,4	162	68
Realiza Semanalmente	13	15,5	17	10,9	30	13
Realiza Semestralmente	3	3,6	8	5,1	11	4,6
Realiza Anualmente	0	0,0	2	1,3	2	0,8
Realiza Mensalmente	19	22,6	16	10,3	35	15

Continua

TABELA 5 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O NÚMERO DE INTERNAÇÕES, LOCAL DE INTERNAÇÃO, QUANTIDADE DE SERVIÇOS UTILIZADOS, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, TIPO DE TRATAMENTO PSICOTERÁPICO, TRATAMENTO MEDICAMENTOSO, PIC/MCA, MEDICAÇÕES UTILIZADAS – GUARAPUAVA, 2011

Conclusão

Tipo de Tratamento Psicoterápico	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não realiza	68	81,0	133	85,3	201	84
Terapia de Grupo	10	11,9	16	10,3	26	11
Terapia Individual	6	7,1	7	4,5	13	5,6
<b>Tratamento Medicamentoso</b>						
Sim	53	63,1	78	50,0	131	55
Não	31	36,9	78	50,0	109	45
<b>PIC/MCA</b>			0	0,0		
Não	67	79,8	128	82,1	195	81
Sim	17	20,2	28	17,9	45	19
<b>Medicações Utilizadas</b>						
Nenhuma	31	36,9	78	50,0	109	45
1	12	14,3	28	17,9	40	17
2	21	25,0	26	16,7	47	20
3 ou mais	20	23,8	24	15,4	44	18

Fonte: A autora (2011).

Na Tabela 5 é possível evidenciar que a internação se fez recorrente em 70% dos casos, sendo que somente 30,0% dos entrevistados estavam em sua primeira internação. A média de internação foi de 3,32, não havendo diferenças significativas entre homens e mulheres.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Cardoso *et al.* (2011), que investigaram a manutenção do tratamento extra-hospitalar após internação psiquiátrica. Dos 180 pacientes acompanhados em tal pesquisa, 62,5% já haviam sido internados mais de uma vez, e a média de internação encontrada foi de 3,14.

Pesquisa realizada por Freitas e Souza (2010), em Ilhéus – Bahia, que buscou identificar o perfil 233 dos usuários de um CAPS, apontou que, entre os usuários daquele serviço, 35,2% já haviam utilizado a internação hospitalar em psiquiatria por mais de uma vez.

O local de internação predominante encontrado nesta pesquisa foi a Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (76,3%). E entre os participantes, constata-se que 19,6% já tinham sido internados em hospitais psiquiátricos especializados. Nota-se

que 25% das mulheres utilizaram o hospital geral e hospital psiquiátrico para internações, nos homens, esse número é consideravelmente menor, 12,2%.

A diferença entre os homens e mulheres na utilização do Hospital Geral e Psiquiátrico pode estar relacionada também à natureza do transtorno. As mulheres entrevistadas apresentam maiores percentuais de diagnósticos de transtornos do humor e transtornos esquizotípicos ou esquizofrenia, transtornos geralmente tratados em hospitais especializados em psiquiatria, enquanto os transtornos relacionados a substâncias são frequentemente tratados em clínicas especializadas ou até mesmo em hospitais gerais, em leitos de clínica médica.

Os dados encontrados na presente pesquisa podem se sustentar também pela facilidade de acesso à UPHG estudada. Esta UPHG é referência em saúde mental para a região e a única opção de internação integral, pois os hospitais psiquiátricos do Estado ficam geograficamente distantes dos municípios da 5ª Regional de Saúde.

A Tabela 5 mostra dados da quantidade de serviços de saúde mental utilizados pelos participantes do estudo, sendo que 43,7% referiram já terem utilizado apenas a UPHG. Os demais 56,3% já utilizaram pelo menos dois serviços de saúde mental, entre eles o CAPS, que foi citado por 39,2% dos participantes.

Nesta variável há diferença entre os sexos: 48,1% dos homens utilizaram somente um serviço e 64,03% das mulheres utilizaram mais que um serviço de saúde mental. Neste sentido, o Ministério da Saúde aponta que os homens não procuram os serviços de saúde, principalmente os preventivos, e tendem a abandonar com maior facilidade os tratamentos propostos, e isto se deve ao fato de os homens se sentirem invulneráveis às doenças físicas e mentais (BRASIL, 2009c).

O uso constante dos serviços de saúde mental não significa que haja um acompanhamento ambulatorial, pois 67,5% das pessoas afirmaram que não dão continuidade ao tratamento em ambulatório. Entre os homens o percentual dos que não utilizam esse tratamento é maior do que na população total (72,4%). Neste sentido, Freitas e Souza (2010), em estudo anteriormente citado, constataram que apenas 23,5% dos pacientes, por eles estudados, utilizaram outros serviços de saúde mental.

Quanto ao acompanhamento ambulatorial, Amaral (1997) realizou um estudo com 150 egressos de internação psiquiátrica, que foram referenciados para uma unidade básica de saúde no município de Campinas – São Paulo, tendo constatado

que 48,6% deles nunca haviam comparecido à unidade básica para acompanhamento, o que mostra a baixa adesão e falha no sistema de saúde.

Essa dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde mental se deve a pouca articulação entre os serviços de atenção básica e os serviços de saúde mental, o que dificulta a consolidação das redes de saúde e apoio propostas pela Política Nacional de Saúde Mental (FREITAS e SOUZA, 2010).

Além disso, devem-se considerar a concepção da população acerca dos transtornos mentais e a maneira como esta população é tratada. Existe uma cultura arraigada no modelo hospitalocêntrico como única maneira de se tratar a pessoa com transtorno mental. Sendo assim, devem-se unir esforços para assegurar assistência adequada a fim de promover a recuperação da saúde e reinserção social, tal como preconiza a reforma psiquiátrica brasileira (CHAMMA, *et al* 2008).

Ainda na Tabela 5 estão distribuídas as variáveis de acordo com o tipo de tratamento utilizado pelos participantes do estudo. A ocorrência de tratamento medicamentoso mostrou-se mais frequente, tendo 54,6% dos participantes referido que vêm utilizando algum medicamento psicotrópico ao longo da vida. As psicoterapias foram citadas em apenas 16,3% dos casos. Observa-se ainda que entre as mulheres o uso de medicação é mais frequente em relação aos homens, 63,1% e 50%, respectivamente.

A grande utilização dos psicofármacos pode ser justificada pelo seu uso no controle e diminuição dos sintomas dos transtornos mentais, sobretudo nos transtornos que se manifestam pela psicose e pelo humor deprimido. Porém, é necessário que o tratamento medicamentoso seja combinado com tratamentos não medicamentosos, entre eles a psicoterapia e as PIC/MCA (CARDOSO e GALERA, 2009).

Apesar de necessária, a utilização dos psicofármacos deve ser mantida em vigilância pelo risco de substituir outras práticas que contribuem para a reabilitação psicossocial somente pelo uso do medicamento, o que ocorre frequentemente (FREITAS e SOUZA, 2010).

O uso de práticas alternativas e complementares bem como da medicina complementar e alternativa foi citado por 18,8% dos sujeitos. Entre estes tratamentos alternativos estão a Yoga, Reike, acupuntura, consulta a parapsicólogo, plantas medicinais e crenças religiosas, sendo o último mais frequente (84,4%) nos casos em que as pessoas referiram se utilizar desses tratamentos.



Pesquisa realizada por Rodrigues-Neto *et al.* (2008) na cidade de Montes Claros/Minas Gerais sobre o uso de práticas de medicina complementar e alternativa nos transtornos mentais comuns revelou que as PIC/MCA são utilizadas por 38% das pessoas com transtorno mental pesquisadas, sendo que neste estudo prevaleceu a homeopatia como prática mais utilizada.

Como o tratamento medicamentoso foi largamente utilizado pelos pacientes estudados, destaca-se que, entre as pessoas entrevistadas, 54,6% referiram utilizar pelo menos uma classe de medicação psicotrópica ao longo da vida. Ainda 18,3% referiram utilizar três classes farmacológicas ou mais, o que sugere a polifarmácia. De acordo com Owen, Ferrando e Levenson (2012), a polifarmácia é característica das enfermidades crônicas e da tolerância à medicação.

O fato de 45% dos participantes responderem que ao longo da vida não utilizarem nenhum medicamento psicotrópico pode estar relacionado ao alto número de internações de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Estas pessoas se beneficiam da medicação somente nos quadros de intoxicação e dos sintomas de abstinência, mas geralmente isso ocorre em âmbito hospitalar (OWEN, FERRANDO e LEVENSON, 2012).

O uso da polifarmácia é evidenciado no estudo de Freitas e Souza (2010), em um estudo de perfil com 233 dos usuários de um CAPS, em que todas as classes de psicotrópicos são citadas pelas pessoas estudadas, prevalecendo o uso de antiepiléticos (70,4%), seguidos dos neurolépticos (62,6%).

A Tabela 6 mostra o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas pelos participantes do estudo bem como o tipo de substância e seu uso combinado.

TABELA 6 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O USO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS LÍCITAS, SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS, TIPO DE SUBSTÂNCIA CONSUMIDA E USO COMBINADO DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS – GUARAPUAVA, 2011

<b>Substâncias Lícitas</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	<b>N(84)</b>	<b>%</b>	<b>N(156)</b>	<b>%</b>	<b>N(240)</b>	<b>%</b>
Consome	43	51	132	85	175	73
Não consome	41	49	24	15	65	27
<b>Substâncias Ilícitas</b>						
Não Consome	75	89	108	69	183	76
Experimentou	3	3,6	9	5,8	12	5
Consome	6	7,1	39	25	45	19

Continua

TABELA 6 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O USO

DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS LÍCITAS, SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS, TIPO DE SUBSTÂNCIA CONSUMIDA E USO COMBINADO DE SUSBTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS – GUARAPUAVA, 2011

	conclusão					
	Feminino		Masculino		Total	
<b>Referência de Uso por Tipo de Substância</b>	<b>N(84)</b>	<b>%</b>	<b>N(156)</b>	<b>%</b>	<b>N(240)</b>	<b>%</b>
Derivados do tabaco	41	48,8	108	69,2	149	62
Bebidas alcoólicas	14	16,7	97	62,2	111	46
Maconha	7	8,3	39	25,0	46	19
Crack	5	6,0	30	19,2	35	15
Cocaína	2	2,4	24	15,4	26	11
Outras drogas	2	2,4	11	7,1	13	5,4
<b>Uso combinado Substâncias Lícitas</b>						
Álcool e Cigarro	12	14,3	69	44,2	81	34
Cigarro	29	34,5	34	21,8	63	26
Álcool	2	2,4	23	14,7	25	10
Álcool, Cigarro e Medicamentos Psicotrópicos sem Prescrição Médica	-	-	5	3,2	5	2,1
Medicamentos Psicotrópicos sem Prescrição Médica	-	-	1	0,6	1	0,4
<b>Uso combinado Substâncias Ilícitas</b>						
Maconha	4	1,2	10	6,4	14	5,8
Crack e Maconha	1	1,2	7	4,5	8	3,3
Maconha, Crack e Cocaína	1	1,2	6	3,8	7	2,9
Crack	1	1,2	6	3,8	7	2,9
Cocaína, Solvente, Crack e Maconha	1	1,2	5	3,2	6	2,5
Ecstasy, LSD, Cocaína, Solvente, Crack e Maconha	-	-	5	3,2	5	2,1
Maconha e Cocaína	-	-	4	2,6	4	1,7
Cocaína	-	-	4	2,6	4	1,7
Solvente, Crack e Maconha	1	1,2	1	0,6	2	0,8

Fonte: A autora (2011).

Verifica-se na Tabela 6 um alto índice de uso de substâncias psicoativas lícitas, 72,9%, sendo que apenas 27,1% negaram o uso. Quanto ao uso de substâncias ilícitas, foram consideradas as variáveis uso/não uso e experimentação para cada droga. Entre os participantes, 76,3% negaram o uso, enquanto 18,8% referiram que consomem e os demais 5% referiram que experimentaram alguma

substância psicoativa ilícita no decorrer da vida.

Nesta variável, a diferença entre homens e mulheres se mostra importante, o percentual de homens que refere uso de substâncias químicas lícitas e ilícitas é maior do que o das mulheres. Quanto às substâncias lícitas, 85% dos homens e 52% das mulheres referiram uso: para eles, o consumo de álcool isolado e álcool e tabaco combinados é maior; por elas, observa-se que o uso do tabaco isoladamente é maior. Quanto ao uso de substâncias ilícitas, 25% dos homens e 7,1% das mulheres referiram o consumo.

De acordo com o II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2005c), as pessoas do sexo masculino fazem mais uso de álcool durante a vida do que as pessoas do sexo feminino, considerando todas as faixas etárias pesquisadas neste levantamento. As informações relacionadas à dependência do álcool seguem esta tendência.

Quanto ao tabaco, o mesmo levantamento traz dados que se assemelham aos dados encontrados na presente pesquisa, considerando o uso do tabaco sem considerar as possíveis combinações de substâncias. Há um número ligeiramente maior de homens do que de mulheres (BRASIL, 2005c).

De modo geral, os dados da presente pesquisa se assemelham aos dados do II Levantamento Domiciliar Sobre uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005), em que 22,8% da população pesquisada já fez uso durante a vida de alguma droga ilícita. De acordo com a mesma pesquisa, nos Estados Unidos esse percentual é maior, chegando a 45,4% da população, e no Chile, menor, cerca de 20% da população (BRASIL, 2005c).

Na UPHG em estudo, as pessoas com transtorno mental devido ao uso de substância psicoativa são tratadas no mesmo ambiente das pessoas com transtornos psicóticos, do humor e outros. Evidenciou-se que, além das pessoas que estão em tratamento para dependência, 25,4% também consomem algum tipo de substância psicoativa lícita.

De acordo com Alves, Kessler e Ratto (2004), aproximadamente a metade das pessoas que possuem transtornos mentais graves desenvolvem algum tipo de problema relacionado ao consumo de álcool e outras drogas.

Neste sentido, o momento da internação no hospital geral é considerado favorável para decisão de mudança de comportamento em relação às substâncias psicoativas, pois o paciente se encontra abstinente e fora do alcance de estressores

e estímulos para o consumo (AZEVEDO e SILVA, 2012).

É possível ainda verificar na Tabela 6 que o consumo de substâncias psicoativas lícitas se destaca, pois o uso dos produtos derivados do tabaco está presente em 62% dos casos, seguido do álcool em 46,2%.

Os achados da pesquisa referentes ao tabaco estão acima dos dados levantados pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), os quais apontam que 52,6% das pessoas com mais de 35 anos já fizeram uso na vida de tabaco e 10,1% são dependentes (BRASIL, 2005c).

No entanto, o número de pessoas com transtorno mental que experimentou cigarro ou é dependente dele é estatisticamente maior do que na população que não sofre de nenhum outro transtorno concomitantemente, além disso, o tratamento da dependência de nicotina se dá de maneira mais árdua para esses pacientes (MALBERGIER e OLIVEIRA-JR, 2005).

Entre o tabaco e o álcool, parece existir uma relação bidirecional e dose-dependente, ou seja, pessoas que bebem têm maior tendência a fumar e vice-versa. Além do álcool, existe também, para os tabagistas, uma maior probabilidade de dependência de outras drogas. Yamaguchi e Kandel<sup>4</sup> (1984), citados por Malbergier e Oliveira-Jr (2005, p.280), descreveram o modelo chamado “Porta de entrada”, em que o fumante se encontra mais vulnerável ao consumo de outras substâncias.

O uso do tabaco geralmente se dá em combinação com outra droga, o que será discutido adiante. No entanto, cabe ressaltar que, na pesquisa de Peixoto *et al.* (2010), o uso do tabaco foi fator significativo para a não adesão ao tratamento em um CAPS ad, pois 9,4% da população que não aderiu ao tratamento eram tabagistas.

Quanto ao uso do álcool, observa-se que o consumo de bebida alcoólica na Região Sul é mais frequente se comparado a outras regiões do país. E no tocante ao número de doses, observa-se que usualmente as pessoas ingerem duas doses de bebida alcoólica por dia, menos que em outras regiões do país (BRASIL 2007b).

O número de pessoas que afirmou fazer ingestão de bebidas alcoólicas, Tabela 6, chegou a 46,2%, o que pode estar relacionado então com as características da Região Sul, que são de consumir bebida alcoólica frequentemente.

---

<sup>4</sup> YAMAGUCHI, K.; KANDEL, D.B. - Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: III. Predictors of progression. *Am J Public Health* 74:673-81, 1984.

A disponibilidade de álcool e drogas, cada vez maior, na população geral é outro fator que pode estar associado ao aumento do uso dessas substâncias pelos portadores de transtornos mentais graves. Há neste caso a necessidade de identificar se as pessoas portadoras de outros transtornos que não relacionados ao álcool abusam de bebidas alcoólicas ou são delas dependentes, identificando, assim, a comorbidade (ZALESKI, *et al* 2006).

Entre as substâncias psicoativas ilícitas, a maconha é a droga mais citada pelos participantes da pesquisa (19,2%). Verifica-se também um percentual significativo de pessoas usuárias de crack (14,5%).

A maconha é a substância psicoativa ilícita mais utilizada na maioria dos países do mundo. No Brasil, de acordo com o último levantamento sobre uso de drogas psicotrópicas, 8,8% da população já entrou em contato com a maconha pelo menos uma vez na vida (BRASIL, 2005c).

A maconha contribui significativamente para o uso de outras substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, conforme descreve Oliveira-Jr (2010) ao realizar uma revisão sistematizada da literatura. O autor mostra que, entre consumidores de maconha, o uso do álcool chega a 93,8%, enquanto na população em geral não passa dos 80%. Quanto ao tabaco, 88,8% dos usuários de maconha utilizam essa droga, enquanto na população geral apenas 40,8%. Para as substâncias ilícitas, essa relação é ainda mais alarmante: 78% das pessoas que consomem maconha entraram em contato com a cocaína e 46,3% com o *crack*; na população em geral, a porcentagem é de 5,2% e 1,6% respectivamente.

Além de contribuir para o uso de outras substâncias psicoativas, o estudo de Oliveira-Jr (2010) revela que os usuários de maconha têm propensão para comorbidades psiquiátricas, pois 61% da amostra estudada pelo autor apresentava algum transtorno comórbido.

Quanto ao consumo do *crack*, Formiga *et al.* (2009), no estudo de perfil comparativo realizado em uma unidade de tratamento para dependentes químicos nos anos de 2002 e 2006 no Estado do Rio Grande do Sul, aponta aumento significativo no uso dessa substância e, conseqüente a esse aumento, houve surgimento de comorbidades ligadas aos transtornos de personalidade e aos transtornos de personalidade antissocial.

No que se refere à distribuição do uso de drogas ilícitas por sexo, identifica-se na presente pesquisa que o uso dessas substâncias pelos homens é maior que

pelas mulheres. Dados que se assemelham aos encontrados pelo II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. O levantamento identificou que o uso da maconha, por exemplo, é três vezes mais frequente entre os homens, já o uso de cocaína é cinco vezes superior entre os homens e o uso do crack se dá na proporção de seis homens para cada mulher (BRASIL, 2005c).

Os dados deste levantamento evidenciam que entre as mulheres o uso de medicamentos psicotrópicos, com ou sem prescrição médica, é superior ao dos homens. Este dado está consoante com esta pesquisa quando se consideram os medicamentos com prescrição, mas discordam quando se consideram os medicamentos sem prescrição, pois, entre todos os entrevistados, apenas um (do sexo masculino) respondeu consumir essas substâncias.

A Tabela 6 mostra ainda a combinação do uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas.

Entre as substâncias lícitas mais consumidas, a combinação de cigarro e álcool foi citada mais vezes pelos sujeitos do estudo (33,8%). Entre as substâncias ilícitas, a maconha aparece na maioria das combinações, representando 80,7% de consumo nos sujeitos que referiram o consumo de drogas ilícitas.

O uso concomitante de álcool e tabaco pode elevar as taxas de morbidade por doenças relacionadas ao tabaco. Zeleski *et al.* (2006) enfatizam a importância de identificar o uso combinado dessas drogas para o tratamento adequado.

O uso combinado de drogas lícitas e ilícitas também foi pesquisado por Guimarães C.F. *et al.* (2008) em um hospital psiquiátrico também no Rio Grande do Sul com 30 dependentes de *crack* em tratamento. Os autores revelam que o uso combinado de *crack* e maconha acontecia em 70% dos casos estudados.

O consumo do *crack* traz consigo, além de comorbidades clínicas e psiquiátricas, elevadas taxas de mortalidade por causas violentas e infecção por HIV, como revelou uma pesquisa longitudinal (12 anos) de corte, realizada por Dias, Araújo e Laranjeira (2011), com 131 dependentes de *crack* admitidos em uma unidade de desintoxicação. Ainda nesse estudo, os autores constatarem que o uso de substâncias psicoativas diversas se mantém elevado nas pessoas que se mantiveram usuárias do *crack*.

Na presente pesquisa, evidenciam-se dados semelhantes, haja vista que raramente os pacientes entrevistados utilizam apenas uma substância psicoativa, e os abstinentes constituem apenas 27% da população estudada.

### 4.3 CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Para caracterização da internação dos 240 participantes, foram utilizadas variáveis relativas aos dados da internação, diagnóstico atual, utilização de tratamentos e atividades oferecidas pela instituição bem como o desfecho da internação.

A Tabela 7 mostra a distribuição dos participantes com dados relativos ao momento da internação.

TABELA 7 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O MOTIVO DA INTERNAÇÃO, LOCAL DE ENCAMINHAMENTO, TIPO DE INTERNAÇÃO, RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO, DIAGNÓSTICO INICIAL GRUPO DIAGNÓSTICO ATUAL – GUARAPUAVA, 2011.

<b>Motivo da Internação</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	<b>n(84)</b>	<b>%</b>	<b>n(156)</b>	<b>%</b>	<b>n(240)</b>	<b>%</b>
Relacionado à Substância	15	17,9	102	65,4	117	48,8
Relacionado ao comportamento	67	79,8	29	18,6	96	40
Outros	2	2,4	25	16,0	27	11,3
<b>Local que Encaminhou</b>						
Não consta	32	38,1	52	33,3	84	35
SMS	14	16,7	43	27,6	57	23,8
Consultório	18	21,4	29	18,6	47	19,6
CAPS	13	15,5	28	17,9	41	17,1
Outros	7	8,3	4	2,6	11	4,6
<b>Tipo de internação</b>						
Voluntária	51	60,7	101	64,7	152	63,3
Involuntária	33	39,3	55	35,3	88	36,7
<b>Responsável pela Internação</b>						
Familiar	73	86,9	112	71,8	185	77,2
Profissional de Saúde	9	10,7	21	13,5	30	12,5
O mesmo	2	2,4	19	12,2	21	8,7
Amigo	0	0,0	4	2,6	4	1,6
<b>Diagnóstico Inicial</b>						
Com diagnóstico pela CID 10	82	97,6	155	99,4	237	98,8
Sem diagnóstico	2	2,4	1	0,6	3	1,3
Total	84	100,0	156	100,0	240	100
<b>Grupo Diagnóstico Atual</b>						
F10 – F19	15	17,9	99	63,5	114	47,5
F20 – F29	50	59,5	49	31,4	99	41,3
F30 – F39	15	17,9	5	3,2	20	8,3
Outros	2	2,4	2	1,3	4	1,6
Sem diagnóstico	2	2,4	1	0,6	3	1,3

Fonte: A autora (2011).

O principal motivo de internação, Tabela 7, está relacionado ao uso de substância química, dado que se repetiu em 48,8% das pessoas estudadas. O encaminhamento formal não foi encontrado em 35% dos casos. As internações em sua maioria foram voluntárias (63,3%), sendo o responsável pela internação um

familiar (77,2%).

As diferenças entre homens e mulheres nas variáveis da Tabela 7 estão relacionadas, principalmente, ao tipo de transtorno. Observa-se que, quanto ao motivo, 65,4% dos homens necessitaram do internamento por problemas relacionados ao uso de substâncias químicas, já entre as mulheres nota-se que 79,8% tiveram problemas relacionados ao comportamento.

Com relação ao grupo diagnóstico, verifica-se que 63,5% dos homens tiveram como diagnóstico na internação atual transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; já 59,5% das mulheres receberam como diagnóstico esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Os transtornos do humor estiveram mais presentes nas mulheres entrevistadas (17,9%) do que nos homens (3,2%).

Essas diferenças convergem com os dados que foram discutidos anteriormente na Tabela 5, haja vista que os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas são superiores nos homens.

De modo geral, independentemente do diagnóstico de transtorno mental, entre os problemas mais citados que levam à procura pelos serviços de saúde mental, estão o álcool e/ou outras drogas. Freitas e Souza (2010) confirmam esta afirmativa quando, em sua pesquisa de caracterização de perfil dos 233 dos usuários de um CAPS, mostraram que 17,5% dos clientes se queixavam de problemas com álcool e drogas anteriormente à procura do serviço e 16,7% dos problemas de saúde atuais eram também relacionados a substâncias psicoativas.

Estudo realizado por Santos *et al.* (2000) com 600 pacientes mostra os principais motivos de procura do serviço de emergências psiquiátricas em um hospital geral universitário: agitação psicomotora ou comportamento agressivo 23,9% e tentativa ou ideação suicida 15,7%. Estes dados diferem dos encontrados na presente pesquisa.

Cabe ressaltar que grande parte dos estudos encontrados para cotejamento dos dados trata de unidades psiquiátricas em hospital geral ou de unidades para reabilitação de adictos, raramente os estudos trazem unidades que promovem ambos os atendimentos, como a UPHG em que foi realizada a presente pesquisa.

Quanto ao encaminhamento para internação, constata-se que para 35% dos internos não houve um encaminhamento formal. Há que se atentar para este dado, pois, após a implementação da Lei 10.216/2001, “a internação, em qualquer de suas



modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001a).

Não há na Lei menção expressa da necessidade de um encaminhamento formal. No entanto, subentende-se que este paciente deveria ter sido tratado em recursos extra-hospitalares para então fazer encaminhamento à UPHG. Este encaminhamento, por sua vez, deveria conter o recursos psicoterápicos, medicamentosos e alternativos utilizados para então se justificar a internação.

Pesquisa realizada por Sousa, Silva e Oliveira (2010), em um serviço de emergência psiquiátrica no ano de 2007, no tocante ao encaminhamento, verificou que dos 191 pacientes pesquisados, 66,50% dos que adentravam o serviço vinham por demanda espontânea, e os demais pacientes tinham sido encaminhados pelo Hospital Geral, SAMU, PSF e CAPS.

A internação voluntária ocorreu em 63,3% dos casos. A internação voluntária consiste no expresse consentimento do paciente para o tratamento institucional, enquanto as internações involuntárias e compulsórias são realizadas sem o consentimento do paciente, no segundo caso, por determinação da justiça (BRASIL, 2001a).

De acordo com Britto (2004), a possibilidade de decidir pela internação e solicitar a saída do tratamento representa uma conquista para os pacientes com transtorno mental. Porém, a autora questiona se essas medidas estão sendo respeitadas e efetuadas de fato pelas instituições, e quais os critérios utilizados para determiná-las.

Em 77,2% dos casos estudados, Tabela 7, um familiar acompanhou o paciente no momento da internação e ficou legalmente responsável por seu internamento. Historicamente, a família foi excluída do tratamento à pessoa em sofrimento psíquico, no entanto, a atual política preconiza o estreitamento do vínculo familiar a fim de ajudar a promover a reabilitação do indivíduo (MELLO e SCHNEIDER, 2011).

Por outro lado, os mesmos autores observam dificuldade das famílias em estabelecer vínculos com seu ente, pois a relação com essa pessoa em crise geralmente é permeada por estresse, insegurança e instabilidade. Consequentemente, a internação é uma maneira de aliviar a sobrecarga emocional, física, econômica e social.

Assim, pode-se inferir que o não acompanhamento do familiar, Tabela 7, no

momento da internação, por 22,8% das pessoas desta pesquisa, se deve à dificuldade das famílias em lidar com o sofrimento psíquico e à cultura de não participação da família disseminada anteriormente à Reforma Psiquiátrica.

Verifica-se que 98,8% dos sujeitos dão entrada no serviço com um diagnóstico inicial de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O grupo de diagnóstico mais presente nos registros é o dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias químicas (47,5%), o que se assemelha muito ao motivo da internação mostrado também na Tabela 7.

O alto número de pessoas com diagnóstico inicial, com critérios definidos pela CID -10, pode se dever ao fato de a unidade prestar serviços ao SUS, devendo assim atender aos critérios de preenchimento de documentos que garantam o repasse de recursos. Entre esses documentos, estão a AIH (Autorização para Internação Hospitalar), na qual, obrigatoriamente deve conter um campo para preenchimento do diagnóstico inicial de acordo com a CID-10 (BRASIL, 2005d).

Quanto ao grupo de diagnósticos definidos pela CID-10, evidenciou-se na Tabela 7 prevalência dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (47,5%), seguidos do grupo da esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (41,3%). Os transtornos do humor (afetivos) correspondem a 8,3% da população que participou da pesquisa.

No campo denominado outros, encontram-se diagnósticos também do capítulo V da CID-10, que correspondem aos transtornos mentais e comportamentais que apareceram com menor frequência.

Uma pesquisa bibliográfica realizada por Santos e Siqueira (2010) reuniu estudos que tratam da ocorrência de transtorno mental em adultos entre os anos de 1997 e 2009, tendo concluído que os transtornos mentais mais comuns são os transtornos do humor, destacando-se a depressão unipolar, transtornos relacionados ao uso de substâncias e esquizofrenia.

Em se tratando da UPHG Dalgalarrodo, Botega e Banzato (2003) mostraram que entre as pessoas que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral estão pessoas com transtorno do humor (30%), portadores de esquizofrenia (19,1%) e clientes com transtorno decorrente do uso de substância psicoativa (7,3%). Dados esses que diferem dos achados da presente pesquisa.

Destarte, de acordo com o Ministério da Saúde, há expansão no consumo de

álcool e cocaína, esta, principalmente em sua forma impura como o crack. Por esse motivo, o Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (PEAD 2009-2011) destaca a importância em ampliar e intensificar as ações de prevenção, promoção e tratamento das pessoas vulneráveis e usuárias de drogas (BRASIL, 2009a).

Pode-se inferir que, nesta pesquisa, o número de pessoas internadas com problemas relacionados ao uso de substâncias pode ser maior tanto pela questão epidemiológica relacionada ao aumento do consumo de substâncias psicoativas, bem como pela maior visibilidade que este problema tem alcançado, tornando-se foco emergencial das políticas de saúde mental. Além disso, a regional dispõe de apenas uma unidade de CAPS ad, o que pode justificar o número de internações de dependentes químicos.

A Tabela 8 mostra como se deu o uso de medicações na internação atual.

TABELA 8 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O USO DE MEDICAÇÕES E CLASSE DE MEDICAMENTOS – GUARAPUAVA, 2011.

Uso de Medicações	Feminino		Masculino		Total	
	N(84)	%	N(156)	%	N(240)	%
0 – 1	2	2,4	5	3,2	7	3,0
2	24	28,6	56	35,9	80	33,3
3 ou mais	58	69,0	95	60,9	153	63,7
<b>Classe de Medicamentos</b>						
Neurolépticos	74	88,1	107	68,6	181	75,4
Anticolinérgicos	48	57,1	69	44,2	117	48,8
Ansiolíticos	23	27,4	74	47,4	97	40,4
Antidepressivos	32	38,1	59	37,8	91	37,9
Estabilizadores do Humor	17	20,2	19	12,2	36	15,0
Outros não psicotrópicos	56	66,7	107	68,6	163	67,9

Fonte: A autora (2011).

A Tabela 8 mostra aspectos do tratamento farmacológico no tratamento atual prescrito pelo serviço, tendo o uso de medicações sido distribuído conforme a quantidade de medicações utilizada por cada paciente bem como pela classe farmacológica empregada na terapêutica.

Quanto ao número de medicações utilizadas, evidencia-se na Tabela 8 que 63,7% dos participantes utilizaram três ou mais classes de medicamentos durante o tratamento. A classe farmacológica mais empregada foi a dos Neurolépticos, representando 75,7% dos casos. Não se evidenciaram diferenças significativas entre

homens e mulheres para estas variáveis.

Como mencionado no capítulo anterior, a polifarmácia é comum em pessoas com enfermidades crônicas. Porém, há que se atentar para as interações entre essas medicações, pois elas podem provocar alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, causando efeitos colaterais que necessitam de atenção maior dos profissionais de saúde (OWEN, FERRANDO e LEVENSON; 2012).

A classe farmacológica mais prescrita para as pessoas em tratamento no período da pesquisa foi a dos medicamentos neurolépticos (75,7%). De acordo com Owen, Ferrando e Levenson (2012), os neurolépticos ou antipsicóticos têm propriedades sedativas, hipotensivas, anticolinérgicas, antiarrítmicas e rebaixadoras do limiar convulsivo.

Essas drogas são utilizadas na maioria das vezes para estabilização dos quadros de psicose aguda e manutenção do tratamento de transtornos psiquiátricos crônicos, podendo ser utilizadas também quando há agitação psicomotora intensa, o que pode explicar o acentuado número de pessoas pesquisadas que consumiram esses medicamentos no momento da internação.

Salienta-se que o uso de medicações não prevê a cura dos transtornos mentais, tampouco pode ser utilizado de maneira única no tratamento à pessoa em sofrimento psíquico. A prescrição de medicações é indicada como adjuvantes à psicoterapia individual ou em grupo, visto que as medicações aliviam sintomas físicos e comportamentais (TOWNSEND, 2000).

Sendo assim, a Lei 10.216/01 enfatiza que as instituições que oferecem tratamento em regime de internação devem se estruturar de forma a oferecer assistência integral, incluindo assistência social, psicológica, ocupacional e outros serviços além dos serviços médicos.

Quanto à utilização das atividades relacionadas ao tratamento, consulta médica, grupo com psicólogo e grupo com assistente social, verifica-se que 98,3% dos pacientes adeririam ao tratamento médico, participando dos grupos e consultas individuais, conseqüentemente, aderindo ao tratamento medicamentoso.

A adesão dos pacientes desta pesquisa ao tratamento médico pode se dever ao modelo organicista difundido na cultura das sociedades. Neste modelo, a figura do médico aparece de maneira central nas equipes de saúde, sendo assim mais valorizada pela comunidade em geral (OLIVEIRA e ALESSI, 2003).

O tratamento psicoterápico é bem aceito pelos participantes da pesquisa, pois

88,3% referiram participar dos grupos com psicólogos ou das sessões individuais. Na unidade em questão, faz parte do tratamento a participação na psicoterapia, sendo de livre escolha do paciente essa participação. O grupo com o assistente social também foi referido em menor número pelos participantes.

No tocante à enfermagem, percebe-se que a instituição não oferece grupos terapêuticos liderados pelo enfermeiro. Oliveira e Alessi (2003) apontam que essa é uma das dificuldades dos enfermeiros na inserção no novo modelo de atenção em saúde mental, seja hospitalar, seja de base comunitária. Enquanto o seu papel deveria ser de agente terapêutico, membro da equipe multidisciplinar que presta cuidados de forma integrada, o enfermeiro assume funções burocráticas e administrativas.

A Tabela 9 descreve os dados levantados sobre o desfecho da internação cujas variáveis escolhidas foram: tempo da internação (dias), condições do paciente na alta, encaminhamento formal para serviço de referência, acompanhamento familiar na alta e tratamento medicamentoso.

TABELA 9 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O TEMPO DE INTERNAÇÃO, CONDIÇÃO NA ALTA, ENCAMINHAMENTO FORMAL, ACOMPANHAMENTO DE FAMILIAR NA ALTA REINTERNAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA ALTA – GUARAPUAVA, 2011

<b>Tempo (dias)</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	<b>n(84)</b>	<b>%</b>	<b>n(156)</b>	<b>%</b>	<b>n(240)</b>	<b>%</b>
0 – 15	5	6,0	31	19,9	36	15
16 – 30	30	35,7	99	63,5	129	53,7
31 ou mais	49	58,3	26	16,7	75	31,3
<b>Condições na Alta</b>						
Melhora	57	67,9	124	79,5	181	75,5
Estabilização do Quadro	23	27,4	25	16,0	48	20
Manutenção do Quadro	4	4,8	7	4,5	11	4,5
<b>Encaminhamento Formal</b>						
Sem encaminhamento	51	60,7	89	57,1	140	58,5
CAPS	24	28,6	47	30,1	71	29,5
Consultório	8	9,5	15	9,6	23	9,5
UBS e outros	1	1,2	5	3,2	6	2,5

Continua

TABELA 9 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM O TEMPO DE INTERNAÇÃO, CONDIÇÃO NA ALTA, ENCAMINHAMENTO FORMAL, ACOMPANHAMENTO DE FAMILIAR NA ALTA REINTERNAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA ALTA – GUARAPUAVA, 2011

						Conclusão
<b>Acompanhamento Familiar na Alta</b>						
Sim	25	29,8	56	35,9	81	33,8
Não	59	70,2	100	64,1	159	66,2
Total	84	100,0	156	100,0	240	100
<b>Reinternação</b>						
Sim	13	15,5	15	9,6	28	11,7
Não	71	84,5	141	90,4	212	88,3
<b>Prescrição de Tratamento Medicamentoso na Alta</b>						
Sim	79	94,0	149	95,5	228	95
Não	5	6,0	7	4,5	12	5

Fonte: A autora (2011).

Verifica-se que (53,7%) das pessoas concluíram o tratamento em um tempo que variou de 16 a 30 dias. As internações variaram de 2 a 90 dias, com média de tempo de internação de 26,2 dias, desvio padrão de 12,2 e mediana de 22,0.

A duração do internamento para homens e mulheres se deu de maneira diferente: 63,5% dos homens permanecem na unidade por até 30 dias e 58,3% das mulheres permaneceram 30 dias ou mais. Pode-se inferir que a diferença se dá pela natureza dos transtornos e pelo seu tempo de estabilização.

Pesquisa realizada por Machado e Santos (2011) sobre a taxa de permanência em um hospital psiquiátrico com 114 pacientes mostrou que as pessoas que sofriam de dependência química ficaram em média 14,5 dias, enquanto os pacientes com outros transtornos em crise permaneceram por um tempo maior, dados que se assemelham aos encontrados na presente pesquisa.

Com relação ao tempo de permanência na instituição, de modo geral, os dados da presente pesquisa diferem da pesquisa de Machado e Santos (2011), realizada com 141 pacientes que necessitaram de internação e foram reinternados em um hospital psiquiátrico na cidade de Ribeirão Preto. Os autores encontraram uma taxa de permanência de 33,5 dias.

Ainda sobre o tempo de internação, Sousa e Oliveira (2010), ao caracterizarem a internação de 203 pacientes dependentes de substâncias psicoativas internados em um hospital geral na cidade de Sobral – Ceará identificaram internações de curtos períodos de 4 a 15 dias, conforme preconiza a reforma psiquiátrica no tocante ao tempo de internação.

Neste sentido, Dalgalarondo, Botega e Banzato (2003), ao analisarem 1463 internações psiquiátricas em um hospital geral universitário na cidade de Campinas – São Paulo revelou que os pacientes apresentaram melhora dos sintomas num prazo relativamente curto, de até três semanas, o que, por sua vez, atende às expectativas do papel da UPHG na conjuntura da assistência psiquiátrica atual.

Entre as condições de alta anotadas em prontuário, 75,5% dos participantes apresentaram melhora do quadro, enquanto os demais permaneciam com o mesmo quadro do momento da internação ou apresentavam estabilização deste quadro.

Cabe ressaltar que o parâmetro de avaliação para alta é muito subjetivo e depende das impressões clínicas do médico que fornece o laudo para alta, sendo assim, não houve na pesquisa um método quantitativo e clínico que permitisse ao pesquisador fornecer as suas impressões.

Por outro lado, os resultados encontrados na pesquisa se assemelham aos resultados encontrados por Dalgalarondo, Botega e Banzato (2003), que identificaram resultado muito positivo das internações de pacientes com transtorno do humor (89,9%), esquizofrenia (85,6%), transtornos neuróticos ou de personalidade (85,4%) e transtornos relacionados ao uso de substâncias (70,1%). De modo geral, 80% dos pacientes apresentaram melhora significativa do quadro.

O encaminhamento formal para um serviço de referência se deu em apenas 41,5% dos casos. Contudo, a Política Nacional de Saúde Mental preconiza como já mencionado anteriormente, que os serviços se integrem em redes de atenção, possibilitando o diálogo entre as instituições com vistas a promover a reabilitação e a reintegração social desses pacientes e suas famílias, e por sua vez cumpram com os preceitos de integralidade normatizados pelo SUS. Sendo assim, essa ainda é uma realidade distante no local em que se realizou a pesquisa, haja vista que 58,5% dos pacientes recebem alta sem um encaminhamento formal para serviços de base que garantam a continuidade do tratamento (BRASIL, 2005a).

Neste sentido, Sousa e Oliveira (2010) evidenciaram essa falha também no serviço no qual realizaram sua pesquisa com 203 adictos, sendo que 14,3% deles não receberam encaminhamento formal.

O acompanhamento da alta por um familiar foi realizado somente por 33,8% dos sujeitos da pesquisa. Há uma grande diferença entre o momento da internação e a alta na questão familiar, lembrando que, no momento da internação, 77,2% dos pacientes tinham um familiar presente.

Neste sentido, Mello e Schneider (2011), em um estudo qualitativo realizado com 14 familiares de egressos de internação em UPHG em Porto Alegre – Rio Grande do Sul, mostraram que as famílias ainda mantêm um discurso que remonta ao modelo manicomial e uma relativa impotência sobre o cuidado de seu ente em um ambiente que não seja hospitalar.

Os mesmos autores referem que a família, apesar de ter papel central na recuperação e reinserção dos pacientes que apresentam transtorno mental, tem dificuldade em estabelecer esse vínculo terapêutico, uma vez que as relações familiares estão abaladas por estresse e insegurança. Por vezes, a internação desse membro da família constitui um espaço para que os membros da família consigam ver a si mesmos e considerar a individualidade de cada um.

Assim, observa-se a importância da estruturação das redes de atenção para que, além do transtorno que se manifesta em sintomas, os profissionais que compõem essa rede percebam as necessidades de saúde psicológicas que permeiam as relações familiares e demais relações sociais.

Quanto ao tratamento medicamentoso, 95% das pessoas receberam alta com prescrição de pelo menos uma classe de medicamento psicotrópico.

No que se refere ao tratamento psicofarmacológico nos transtornos mentais, espera-se que ele possibilite auxiliar no controle dos sintomas psiquiátricos, melhor manejo do transtorno e risco de recaídas, o que, consequentemente, pode levar à recidiva de internação psiquiátrica (CARDOSO, *et al* 2011).

Apesar do grande número de pessoas com prescrição de medicações psicotrópicas, observa-se que a adesão a esse tratamento necessita de apoio familiar e extra-hospitalar. Cardoso *et al.* (2011), em pesquisa realizada com 54 egressos de internação psiquiátrica no núcleo de saúde mental em Ribeirão Preto – São Paulo, referem que a adesão dos pacientes é baixa, evidenciando que 70,8% das pessoas pesquisadas têm baixo grau de adesão ao tratamento, e isso se deve, entre outras causas, às reações adversas das medicações.



A taxa de reinternação dos participantes da pesquisa foi de 11,7%. Os pacientes que mais se reinternaram foram aqueles acometidos por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Dados que remetem à pesquisa realizada por Cardoso e Galera (2011) em um ambulatório de saúde mental com pacientes 48 egressos de internação psiquiátrica, em que a taxa de reinternação foi de 12,5%.

A reinternação de pessoas com transtorno mental em instituições psiquiátricas vem sendo estudada e em língua estrangeira é o fenômeno denominado “*revolving door*”, expressão, que, traduzida, significa porta-giratória, que remete ao modelo de entrada e saída repetidas vezes. As autoras referem que um dos motivos para a reincidência da internação seria a inexistência de serviços extra-hospitalares eficientes voltados para a reabilitação psicossocial (BEZERRA E DIMENSTEIN, 2011).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta desta pesquisa foi delinear o perfil sociodemográfico, clínico e de internação da pessoa com transtorno mental que necessitou de tratamento institucional no primeiro semestre de 2011.

No primeiro semestre de 2011, foram hospitalizadas na Unidade Psiquiátrica do Hospital Geral em Estudo 461 pessoas, das quais 240 aceitaram participar da pesquisa e então compor a população em estudo.

Os resultados quanto ao perfil sociodemográfico permitiram delinear um perfil de pessoas do sexo masculino em idade produtiva, brancos, residentes na área urbana com filiação religiosa à religião católica. O perfil segue delineado por pessoas solteiras com pelo menos um filho e que residem com seus companheiros e/ou filhos. Além disso, predomina escolaridade concernente ao ensino fundamental incompleto, que se reflete nas condições de renda individual e familiar que se concentrara na faixa de um salário mínimo (R\$545,00).

A procedência dos pacientes indica que há na maioria dos municípios que encaminharam seus usuários para internação uma taxa de hospitalização aceitável, porém em alguns municípios a assistência à saúde mental é falha e remete ao modelo hospitalocêntrico.

O perfil clínico dos participantes do estudo aponta que os transtornos mentais se iniciaram na adolescência e a prevalência se dá aos transtornos relacionados ao uso ou abuso de substâncias psicoativas. O transtorno mental se mostra crônico para a maioria dos participantes do estudo que referiram tempo de diagnóstico igual ou superior a 20 anos, e as comorbidades clínicas atingem um terço da população estudada.

A ocorrência de transtorno mental na família está evidenciada também em mais da metade dos casos estudados, sendo que a relação parental é na maioria das vezes de primeiro grau, e o diagnóstico do familiar concerne ao diagnóstico do indivíduo estudado.

A utilização do serviço hospitalar, seja em hospital geral ou hospital psiquiátrico, é superior ao uso dos serviços extra-hospitalares, pois 70% da população estudada é recidiva de internação, enquanto o uso dos CAPS, por exemplo, foi referido por apenas 39% dos indivíduos.

O tratamento medicamentoso foi referido por mais da metade das pessoas que participaram do estudo, enquanto as outras terapias (psicoterápicas e complementares) foram menos citadas. Por esse motivo, a polifarmácia mostrou-se fenômeno recorrente.

Há que se destacar o uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas bem como sua combinação. Apesar de grande parte de os estudados serem pessoas com transtornos relacionados a essas substâncias, os demais participantes referiram-se usuários de álcool e tabaco, sendo essa combinação a mais frequente. O uso de maconha é duas vezes maior do que a da população nacional. Ressalta-se que o uso do crack é cerca de 20 vezes maior do que na população em geral, mostrando ser o uso drogas um problema de saúde pública.

A caracterização da internação mostrou que em grande parte as internações se justificam por problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, e contrariando a reforma psiquiátrica, as internações não têm um encaminhamento formal. A família é responsável pela internação, no entanto, não se mostra participativa no tratamento, haja vista que a maioria dos familiares estava ausente no momento da alta.

A adesão aos tratamentos oferecidos na UPHG mostra a forte cultura arraigada nos saberes médicos, haja vista que 98% da população estudada participou ativamente das consultas e atividades grupais com o profissional médico em detrimento de outros serviços presentes na unidade. A ausência do trabalho do enfermeiro no processo de recuperação é evidenciada pela instituição não oferecer nenhuma atividade dos pacientes privativa do enfermeiro, evidenciando mais uma vez a falta da estrutura preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental, que seria de uma equipe interdisciplinar.

O momento da alta revela que as internações são viáveis, pois existe melhora do quadro em 75% dos casos. O tempo de internação variou de 2 a 90 dias, com média de 26 dias, assemelhando-se aos estudos realizados em outras UPHGs.

Um desfecho importante e que contraria os preceitos da Reforma Psiquiátrica é o fato de não haver na maioria dos casos um encaminhamento formal para um serviço extra-hospitalar, o que pode ter refletido na taxa de internação, que foi de 11,7%.

Observa-se que existem ligações importantes entre a situação socioeconômica dos participantes do estudo e questões relacionadas aos

transtornos mentais. O prejuízo realmente se dá de forma individual e coletiva. A baixa escolaridade está bastante relacionada à incapacidade provocada por transtornos psicóticos como a esquizofrenia e aos transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas.

Assim como a escolaridade, a renda individual encontra-se bastante afetada, refletindo a falta de participação do indivíduo acometido por transtorno mental no mercado de trabalho e, conseqüentemente, sua participação na renda familiar. E essa situação constitui um círculo vicioso, visto que o participante da pesquisa não é o primeiro membro da família acometido por transtorno mental.

Entre as dificuldades da pesquisa, foram encontradas questões institucionais relacionadas ao preenchimento dos prontuários bem como à ausência de sistematização no serviço para programar a alta dos pacientes, o que resultou na perda da oportunidade de convidar diversas pessoas a participar da pesquisa.

Os dados aqui apresentados não procuraram ser generalizáveis, mas retratam de maneira importante a situação das pessoas que necessitam de tratamento institucional na 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, assim como a situação dos Municípios em relação à estruturação dos serviços de saúde mental.

Em que pese à necessidade da internação como recurso terapêutico, observa-se que o serviço não seguiu as tendências de internação do Estado, pois na UHPG estudada as internações não se reduziram, mas se mantiveram estáveis desde o ano de 1992. Pode-se, assim, inferir que a rede de serviços preconizada pelo Ministério da Saúde para atender ao pacientes com transtorno mental nessa região se articula de maneira incipiente, mantendo elevada a demanda para internações.

Com relação ao trabalho do enfermeiro, os estudos na área mostram que há dificuldade da inserção deste profissional no que se refere à assistência integrada a outros profissionais e o fato de assumir a condição de agente terapêutico também se mostra falho.

Contudo, para este profissional, conhecer a realidade local, bem como as peculiaridades da região, é fundamental para planejar a atenção em saúde e desta maneira contribuir para inserção do enfermeiro tanto em atividades administrativas de planejamento, quanto em atividades assistenciais.

Sob a ótica da reforma psiquiátrica, pode-se considerar que a região e a UPHG num contexto geral atendem em parte aos preceitos, visto que no que concerne à articulação dos serviços, ela se mostra falha.

Há necessidade de pesquisas que possam explorar qualitativamente as dificuldades e necessidades dos portadores de transtorno no que se refere à assistência em saúde mental, bem como estudos que visem a conhecer mais detalhadamente a realidade dos serviços de atenção à saúde mental e dos profissionais atuantes nesta área.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L.R.C. Comorbidade: uso de álcool e transtornos psiquiátricos. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v.26 suppl.1, p.51-56, 2004.
- AMARAL, M. A. Atenção à Saúde Mental na Rede Básica: Estudo Sobre a Eficácia do Modelo assistencial. **Rev. Saúde Pública [online]**. São Paulo, 1997, vol.31, n.3, p. 288-295, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0034-8910&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-8910&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 24 de outubro de 2011.
- AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**. V.1, n.1, Jan-Abr, 2009. 1 CD-ROM.
- \_\_\_\_\_. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista Mente & Cérebro**, São Paulo, v. 164, p. 30-35, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**/ Coordenado por Paulo Amarante. 2ª Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- ANDRADE, L.H.S.G. de; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Ver. Psiquiatr. Clín.** São Paulo: v.33, n.2., p43-54, 2006.
- ARAGÃO, A.T.M.; MILAGRES, E., FIGLIE, N.B. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. **Psico-USF**, Itatiba, v. 14, n. 1, p. 117-123 abr, 2009
- ARANTES, E.C.; STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K. Assistência de enfermagem à pessoa com manifestações de comportamento decorrentes do transtorno do humor: caracterização geral. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri, Manole, 2008. 441-447.
- ARAÚJO, T.M.; PINHO, P.de S.; ALMEIDA, M.M.G. de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características

sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.3, p.337-348, jul/set, 2005.

AZEVEDO, R.C.S. de.; SILVA, V.F.da. Dependência de substâncias psicoativas: conceitos básicos. In: BOTEGA, N.J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 356-371.

BARROS, N.H.S. **Características Biossociodemográficas e Diagnósticos de Pacientes Internados em Hospital Psiquiátrico de Campo Grande – MS**. 164 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, MS. 2007. Disponível em: <[http://www.bib.ucdb.br/pergamum/biblioteca/index.php?resolution2=1024\\_1](http://www.bib.ucdb.br/pergamum/biblioteca/index.php?resolution2=1024_1)>. Acesso em: 01/06/2010

BATISTA, L.E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**.n.10, p71-80, 2005.

BEZERRA, C.G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**. Barbacena, Minas gerais n.16, p.417-442, jan-jun, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde**. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 de outubro de 1996. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resoluções/Reso196.doc>> Acesso em: 15/06/2010.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 de abril de 2001a. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)> Acesso em 20/04/2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Parâmetros para programação das ações básicas**. Brasília, fevereiro 2001b.

\_\_\_\_\_. Portaria SNAS nº 224 de 29/01/1992. In: BRASIL. Ministério da Saúde. In: **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5ª ed. ampl. Brasília: Editora MS, 2004a.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 224 de 19/02/2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. In: **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5ª ed. ampl. Brasília: Editora MS, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 11.114, de 16 de maio de 2005. Altera os arts. 6º, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, com o objetivo de tornar obrigatório o início do ensino fundamental aos seis anos de idade. Brasília, 16 de maio de 2005b. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11114.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11114.htm)> Acesso em 10/11/2011.

\_\_\_\_\_. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005. E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação – CGSI. **Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília, 2005d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 4, ano II, nº 4. Informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007a. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smdados4.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf)> (acesso em 24/05/2010).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007b.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde /DAPES/ Saúde mental. **Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas PEAD 2009-2011**. Brasília, maio de 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2009b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_atencao\\_integral.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf)> = Acesso em 15/10/2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>> (acesso em 01/10/2010).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Unico de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 9, ano VI, nº 0. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentalemdados2011.pdf>> (acesso em 10/10/2011).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 148, de 31 de Janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento e transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 de fevereiro de 2012. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe\\_eletronico/2012/iels.fev.12/Iels22/U\\_PT-MS-GM-148\\_310112.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.fev.12/Iels22/U_PT-MS-GM-148_310112.pdf)> Acesso em 27/07/2012.

BRITO, R.C. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. f. 210. Dissertação ( Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

BOTEGA, N.J.; SMAIRA, S.I. Morbidade psiquiátrica no hospital geral. In: BOTEGA, N.J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 208-218.

CANAVEZ, M.F.; ALVES, A.R.CANAVEZ, L.S. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. **Cadernos UniFOA**. Volta Redonda, n.14, p.57-63, dezembro, 2010.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Doentes Mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v.43, n.1, p.161-167, 2009.

CARDOSO, L. *et al.* Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Rev Latino-am. Enfermagem [Internet]**. Set-out 2011. [acesso em: 20.10.2011]:[09 telas]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_12.pdf)>

\_\_\_\_\_. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.1, p.87-94, 2011.

CHAMMA, R.C. *et al.* Serviços de atendimento em saúde mental e psiquiatria. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri, Manole, 2008. 44-54.

CID-10 - CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO: **descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

CIDADES@. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=410940#>>. Acesso em 24/05/2010

CIDADES@. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 24/10/2011.

COSTA, C. de F. Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In: BRASIL. **Direito sanitário e saúde pública**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DALGALARRONDO, P. **Repensando a internação psiquiátrica: a proposta das unidades de internação psiquiátrica de Hospitais Gerais**. 310 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1990.

\_\_\_\_\_. BOTEGA, N.J.; BANZATO, C.E.M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 629-634, 2003.

DATASUS. Brasília: Editora MS, 1991-2010 Disponível em:  
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxpr.def>>. Acesso em:  
24/05/2010

DELFINI, P.S.; BARBOSA, C.D.; FONSECA, F.L.; TAVARES, C.M.; REIS, A.O.A.; Perfil dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da Grande São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009.

DELGADO, P.G.G. Política Nacional de Saúde Mental: o Contexto Decisivo do Pacto pela Saúde. In: **Jornal Conasems**. Brasília: nº 8 p 8-9, 2007.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro do Livro: “La Reforma Psiquiátrica”. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

DIAS, A.C.; ARAÚJO, M.R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de *crack* em corte com histórico de tratamento. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.45, n.5, p.938-948, 2011.

FARIA, N.M.X.*et al.* Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). **Rev Saúde Pública**. São Paulo. v.33, n.4, p.391-400, 1999.

FEHOSPAR. Paraná tem defasagem de 7 mil leitos psiquiátricos. Disponível em: [http://www.fehospar.com.br/news\\_det.php?cod=5168](http://www.fehospar.com.br/news_det.php?cod=5168) Acesso em 15/11/2010.

FERREIRA FILHO, O.F. *et al.* Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.37 n.6, p.751-750, 2003.

FIGLIE, N.B. *et al.* Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais necessitam de um olhar especial? **Rev Psiq Clín**, v.31, n.2, p.53-62, 2004.

FORMIGA, L.T. *et al.* Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v.29, n.2, p. 120-126, 2009.

FREITAS, A.A.; SOUZA, R.C.de. Caracterização clínica e sociodemográfica dos usuários de um centro de atenção psicossocial (CAPS). **Rev Baiana Saúde Pública**, Salvador, v.34, n.3, p.530-543 jul-set/2010.

GASTAL, F.L.*et al.* Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. **Rev Psiquiatr RS**, Porto Alegre, v.28, n.3, p.245-254, set/dez, 2006.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GONÇALVES, L.C.; MIRANDA, D.F. Estudo da evolução do trabalho da mulher e sua valorização no mercado de trabalho. **Rev. Facul. Montes Belos**. São Luís de Montes Belos, v.5, n.1 p.1-11, 2012.

GUIMARAES, A. N. *et al* . O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto contexto - enfermagem**., Florianópolis, v. 19, n. 2, p.274-282, 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02/11/2010

GUIMARAES, C.F. *et al.* Perfil do usuário de *crack* e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Rev psiquiatr RS**. Porto Alegre, v.30, n.2, p. 101-108, 2008.

HILDEBRANDT, L.M., ALENCASTRE, M.B. A inserção da psiquiatria no hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 167-186, 2001.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232009000100036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100036&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24 Maio de 2010.

HOLZMANN, E. R. F.; LACERDA, M.C.H.; FREITAS, M.C. D. Uma discussão sobre a inserção do Centro Psiquiátrico Metropolitano na Reforma Psiquiátrica. In: **Gestão de Políticas Públicas no Paraná: Coletânea de Estudos**. Curitiba: Editora

Progressiva, 2008. Disponível em: <  
<http://www.repositorio.seap.pr.gov.br/modules/conteudo/print.php?conteudo=6>>.  
 Acesso em: 12/10/2010.

JORGE, M.A.S.; ALENCAR, P.S.S; BELMONTE, P.R.; REIS, A.L.M. **Textos de apoio Saúde Mental**. Organização : Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

KAPLAN, H. I., & SADOCK, B. J **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LAFER, B.; VALLADA FILHO, H. P. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**. São Paulo, v.21, suppl.1, p. 12-17, 1999 .Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20/10/2011.

LUCCHESI, M.; MALIK, A.M.L. Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p.161-168, 2009.

LUDEMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-298, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200002)>. Acesso em 24 Maio 2010.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidade de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e atuação da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 672-677, 2003

MACHADO,V.; SANTOS, M.A. dos. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v.60, n.1, p.16-22, 2011.

MENDEZ, C.L. **Hospitais Gerais Filantrópicos em Cidades de Pequeno e Médio Porte: novo espaço para a internação psiquiátrica**. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA-JR, H. P. Da. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Rev. psiquiatr. clín. [online]**. São Paulo, vol.32, n.5, p. 276-282, set-out, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000500005)> Acesso em 20 de novembro de 2011.

MELLO, R.M.; SCHNEIDER, J.F. A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.226-233, junho, 2011.

MIRANDA, C.A.; TARASCONI, C.V.; SCOTEGAGNA, S.A. Estudo Epidêmico dos Transtornos Mentais. **Avaliação Psicológica**. São Paulo, v.7, n.2, p.249-257, 2008.

MIRANDA, C.L. **O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar**. São Paulo: Editora Cortez, 1994.

MIRANDA-SA JR, L. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010181082007000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082007000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24/05/2010.

MONTEIRO, C.F.de S. *et al.* Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí. **Esc Anna Nery (imp.)**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.90-95 jan-mar, 2011.

MONTEIRO, J.R.; BELLINI, M.I.B. **Acesso à internação psiquiátrica em hospital geral**. Trabalho apresentado na III mostra de Pesquisa da Pós-Graduação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2008.

OLIVA, A.L. **Apoio Social para Dependentes de Álcool**. 96f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

OLIVEIRA, A. G. B. de. ALESSI, N. P. O Trabalho de Enfermagem em Saúde mental: Contradições e potencialidades Atuais. **Rev. Latino Am.Enfermagem [online]**. Ribeirão Preto, vol.11, n.3, p 333-340, maio/junho 2003 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20/10/2010.

OLIVEIRA-JR. H.P. de. **Avaliação do perfil de comorbidades, gravidade de dependência e motivação para o tratamento em uma amostra de usuários de maconha que procuram o tratamento.** f.142. Dissertação (Mestrado em Ciências) – faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

OMS. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: Organização Mundial de Saúde, 2002.

OWEN, J.A.; FERRANDO, S.; LEVENSON, J.L. Psicofármacos: interações medicamentosas. In: BOTEGA, N.J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** Porto Alegre: Artmed, 2012. 556-584.

PARANÁ.. Lei Estadual n. 11.189, de 09 de novembro de 1995. Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. Diário Oficial do Estado do Paraná.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: 'Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970'. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, vol. 11(2): 241-58, maio-ago. 2004.

PEIXOTO, C. *et al.* Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v.59, n.4, p. 317-321, 2010.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RODRIGUES-NETO, J.F. *et al.* Transtornos mentais comuns e o uso de prática de medicina complementar – estudo de base populacional. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v.54, n.4, p.233-239, 2008.

SANTOS, E.G.; SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.238-246, 2010.

SANTOS, M.E. de SB dos. *et al.* Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, 468-474, 2000.

SESA - Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Disponível em: <[www.sesa.gov.pr.br](http://www.sesa.gov.pr.br)>. Acesso em 06/10/2010

SILVA, J.P.L da.; COUTINHO, E. da S.F.; AMARANTE, P.D. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 505-511, jul-set, 1999.

SILVA, L.H.P. da. *et al.* Perfil de dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Esc Anna Nery (imp.)**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.585-590, jul-set 2010.

SOEIRO, R.E. *et al.* Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, 793-799, abril, 2008.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.15, n.3, p. 502-507, 2007.

SOUSA, F.S.S.; SILVA, C.A.F; OLIVEIRA, E.N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 44(3): 796-802 setembro 2010a.

SOUSA, F.S.S.; OLIVEIRA, E.N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.671-677, maio 2010.

SOUZA, M.E.L; NASCIMENTO, M.A.S. **Trajetória evolutiva da História da Psiquiatria no Brasil e no Mundo e a Inserção da Enfermagem**. Monografia. 2006.

STEFANELLI, M.C. *et al.* Assistência de Enfermagem à Pessoa com Manifestações de Comportamentos Decorrentes de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri, Manole, 2008. 415-438.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.



TOWNSEND, M.C. **Enfermagem psiquiátrica, conceitos de cuidados**. 3ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2000.

VALLADA FILHO, H. P.; SAMAIA, Helena. Esquizofrenia: Aspectos Genéticos e Estudos de Fatores de risco **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22; s.1, p. 12-17, maio 2000.

ZALESKI, M. *et al.* Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool Outras e Drogas (ABEAD) para o Diagnóstico e Tratamento de Comorbidades Psiquiátricas e Dependência de Álcool e Outras substâncias. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**. São Paulo, v.28, n.2, p. 142-148, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200013) Acesso em 24 de outubro de 2011.

WADI, Y.M. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Revista tempo e argumento**. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68 – 98, 2009.

YASUI, S. **Rupturas e Reencontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

## Apêndice A

### Instrumento para Coleta de Dados

Nº \_\_\_\_\_

	<b>Observações</b>												
<p><b>1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA</b></p> <p>Iniciais _____ Idade: _____ anos completos</p> <p><b>1.1. Gênero:</b> 0( ) Falta informação 1( ) Masculino 2( ) Feminino</p> <p><b>1.2. Naturalidade:</b> _____</p> <p><b>1.3. Residência Atual:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 0 ( ) Falta Informação  1 ( ) Guarapuava  2 ( ) Pitanga  3 ( ) Turvo  4 ( ) Boa Ventura de São Roque  5 ( ) Laranjeiras do Sul  6 ( ) Prudentópolis  7 ( ) Palmital  8 ( ) Laranjal  9 ( ) Marquinho  10 ( ) Nova Laranjeiras </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 11 ( ) Porto Barrero  12 ( ) Cândói  13 ( ) Foz do Jordão  14 ( ) Reserva do Iguaçu  15 ( ) Pinhão  16 ( ) Campina do Simão  17 ( ) Goioxim  18 ( ) Virmond  19 ( ) Cantagalo  20 ( ) Rio Bonito do Iguaçu  21 ( ) Outro _____ </td> </tr> </table> <p><b>1.4. Zona de Residência:</b> 0 ( ) Falta informação  1 ( ) Zona Rural  2 ( ) Zona urbana</p> <p><b>1.5. Raça/etnia:</b> a) Referido: 0( ) Falta informação  1( ) Branco  2( ) Pardo  3( ) Negro  4( ) Amarelo</p> <p style="margin-left: 400px;">b) Observado  1 ( ) Branco  2 ( ) Pardo  3 ( ) Negro  4 ( ) Amarelo</p> <p><b>1.6. Estado civil:</b> 0( ) Falta Informação  1( ) Com companheiro  2( ) Sem companheiro</p> <p><b>1.7. Número de filhos:</b> 0( ) Falta Informação  1( ) Possui filhos; nº _____  2( ) Não possui</p> <p><b>1.8. Composição Familiar:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>0( ) Falta Informação</td></tr> <tr><td>1( ) Pai, mãe e irmãos</td></tr> <tr><td>2( ) Somente Pais</td></tr> <tr><td>3( ) Somente irmãos</td></tr> <tr><td>4( ) Companheiro e Filhos</td></tr> <tr><td>5( ) Somente companheiro</td></tr> <tr><td>6( ) Parentes (tios, sobrinhos, avós, primos)</td></tr> <tr><td>7( ) Reside só</td></tr> <tr><td>8( ) Pessoas sem relação consanguínea/ vizinhos/ amigos</td></tr> </table>		0 ( ) Falta Informação 1 ( ) Guarapuava 2 ( ) Pitanga 3 ( ) Turvo 4 ( ) Boa Ventura de São Roque 5 ( ) Laranjeiras do Sul 6 ( ) Prudentópolis 7 ( ) Palmital 8 ( ) Laranjal 9 ( ) Marquinho 10 ( ) Nova Laranjeiras	11 ( ) Porto Barrero 12 ( ) Cândói 13 ( ) Foz do Jordão 14 ( ) Reserva do Iguaçu 15 ( ) Pinhão 16 ( ) Campina do Simão 17 ( ) Goioxim 18 ( ) Virmond 19 ( ) Cantagalo 20 ( ) Rio Bonito do Iguaçu 21 ( ) Outro _____	0( ) Falta Informação	1( ) Pai, mãe e irmãos	2( ) Somente Pais	3( ) Somente irmãos	4( ) Companheiro e Filhos	5( ) Somente companheiro	6( ) Parentes (tios, sobrinhos, avós, primos)	7( ) Reside só	8( ) Pessoas sem relação consanguínea/ vizinhos/ amigos	
0 ( ) Falta Informação 1 ( ) Guarapuava 2 ( ) Pitanga 3 ( ) Turvo 4 ( ) Boa Ventura de São Roque 5 ( ) Laranjeiras do Sul 6 ( ) Prudentópolis 7 ( ) Palmital 8 ( ) Laranjal 9 ( ) Marquinho 10 ( ) Nova Laranjeiras	11 ( ) Porto Barrero 12 ( ) Cândói 13 ( ) Foz do Jordão 14 ( ) Reserva do Iguaçu 15 ( ) Pinhão 16 ( ) Campina do Simão 17 ( ) Goioxim 18 ( ) Virmond 19 ( ) Cantagalo 20 ( ) Rio Bonito do Iguaçu 21 ( ) Outro _____												
0( ) Falta Informação													
1( ) Pai, mãe e irmãos													
2( ) Somente Pais													
3( ) Somente irmãos													
4( ) Companheiro e Filhos													
5( ) Somente companheiro													
6( ) Parentes (tios, sobrinhos, avós, primos)													
7( ) Reside só													
8( ) Pessoas sem relação consanguínea/ vizinhos/ amigos													

**1.9. Escolaridade:**

- 0( ) Falta informação  
 1( ) Analfabeto  
 2( ) Até 4 anos de estudo  
 3( ) Até 8 anos de estudo  
 4( ) Até 12 anos de estudo  
 5( ) 16 anos ou mais

Houve abandono dos estudos ( ) sim ( ) não

( ) uma vez

( ) duas vezes

( ) três vezes ou mais: \_\_\_\_\_

Motivo ao qual atribui a saída da escola \_\_\_\_\_

**1.10. Profissão/ ocupação****1.10.1. Profissão:**

- 0( ) Falta informação  
 1( ) Do lar  
 2( ) Não tem  
 3( ) Estudante  
 4( ) Outra

**1.10.2. Atividade Profissional:**

0( ) Falta informação

1( ) Ativo

2( ) Inativo; Motivo: \_\_\_\_\_

3( ) Afastado; Motivo: \_\_\_\_\_

4( ) Aposentado; Motivo: \_\_\_\_\_

1.10.3. Mudança de Função: 0( ) Falta informação 1( ) sim 2( ) não

1.10.4. Houve abandono do trabalho ( ) sim ( ) não

( ) uma vez

( ) duas vezes

( ) três vezes ou mais: \_\_\_\_\_

1.10.5. Motivo ao qual atribui a saída do trabalho \_\_\_\_\_

**1.11. Renda:** 0( ) Falta informação

1( ) Benefício

2( ) Emprego fixo

3( ) Serviço autônomo

4( ) Aposentadoria

5( ) Não possui

Valor pessoal R\$ \_\_\_\_\_

Valor familiar R\$ \_\_\_\_\_

**1.12. Religião:** 0( ) Falta informação

1( ) Católica

2( ) Evangélica

3( ) Espírita

4( ) Outra, qual \_\_\_\_\_

1.12.1. Prática da religião: 0( ) Falta informação

<p style="text-align: center;">1( ) Praticante 2( ) Não praticante</p>	
<b>2. HISTÓRIA PREGRESSA DE DOENÇA</b>	
<b>2.1. Início do transtorno mental</b>	
2.1.1. Idade do primeiro diagnóstico: 0( ) Falta informação 1( ) Idade _____	
2.1.2. Qual foi o primeiro diagnóstico de transtorno mental: _____ _____	
2.1.3. Outros diagnósticos de transtorno mental que recebeu em ordem cronológica: a) _____ b) _____ c) _____	
<b>2.2. Histórico das Internações</b>	
Internação 1: 1( ) Hospital Geral 2( ) Hospital Psiquiátrico Motivo _____ Tempo em Dias _____	
Internação 2: 1( ) Hospital Geral 2( ) Hospital Psiquiátrico Motivo _____ Tempo em Dias _____	
Internação 3: 1( ) Hospital Geral 2( ) Hospital Psiquiátrico Motivo _____ Tempo em Dias _____	
Obs: Se houver mais de três episódios de internação, preencher folha anexa.	
<b>2.3. Casos de Transtornos Psiquiátricos na Família</b>	
0( ) Falta Informação 1( ) Sim, se sim, preencher quadros abaixo. 2( ) Não	
Familiar (parentesco)_____ Idade _____ Histórico de internação_____ Diagnóstico _____	Familiar (parentesco)_____ Idade _____ Histórico de internação_____ Diagnóstico _____
Obs: Se houver mais de dois familiares acometidos, preencher folha anexa.	
<b>2.4. Comorbidades Clínicas:</b>	
0( ) Falta informação 1( ) Hipertensão                      1( ) Faz tratamento            2( ) Não faz tratamento 2( ) Diabetes Mellitos             1( ) Faz tratamento            2( ) Não faz tratamento 3( ) Problemas cardíacos        1( ) Faz tratamento            2( ) Não faz tratamento 4( ) Problemas respiratórios    1( ) Faz tratamento            2( ) Não faz tratamento 5( ) Outros qual _____	
Doença_____ Tratamento_____ Histórico de internação_____ Cirurgias_____	Doença_____ Tratamento_____ Histórico de internação_____ Cirurgias_____

Obs: Se houver relatos de outras comorbidades clínicas, preencher folha anexa.

## 2.5. Uso de substâncias químicas

- 2.5.1. Substâncias lícitas 0( ) Falta informação  
 1( ) Cigarro  
 2( ) Álcool  
 3( ) Não consome  
 4( ) Medicamentos psicotrópicos sem prescrição médica

- 2.5.2. Substâncias ilícitas 0( ) Falta informação  
 1( ) Consome.  
 2( ) Não consome

Se consome, preencher campos abaixo.

- 1( ) Maconha; Frequência de utilização (dias/mês) \_\_\_\_\_  
 2( ) Crack; Frequência de utilização (dias/mês) \_\_\_\_\_  
 3( ) Solvente; Frequência de utilização (dias/mês) \_\_\_\_\_  
 4( ) Cocaína; Frequência de utilização (dias/mês) \_\_\_\_\_  
 5( ) LSD; Frequência de utilização (dias/mês) \_\_\_\_\_  
 6( ) Ecstasy Frequência de utilização (dias/mês) \_\_\_\_\_  
 7( ) Outros; Frequência de utilização (dias/mês) \_\_\_\_\_

## 2.6. Serviços/recursos de Saúde Mental que já utilizou:

- 0( ) Falta informação  
 1( ) Ambulatório de S.M  
 2( ) CAPS  
 3( ) Hospital Psiquiátrico  
 4( ) Hospital dia  
 5( ) Associações  
 6( ) Centro de convivência  
 7( ) Oficinas terapêuticas  
 8( ) Nenhum  
 9( ) Outros \_\_\_\_\_

## 2.7. Acompanhamento ambulatorial:

- 0( ) Falta informação  
 1( ) Realiza Semanalmente  
 2( ) Realiza Mensalmente  
 3( ) Realiza semestralmente  
 4( ) Realiza Anualmente  
 5( ) Não Realiza

## 2.8. Medicamentos que já utilizou:

- 0( ) Falta informação  
 1( ) Neurolépticos: \_\_\_\_\_  
 2( ) Ansiolíticos: \_\_\_\_\_  
 3( ) Estabilizador do Humor: \_\_\_\_\_  
 4( ) Anticolinérgico: \_\_\_\_\_  
 5( ) Antidepressivo: \_\_\_\_\_  
 6( ) Outros \_\_\_\_\_

Descrição e dosagem \_\_\_\_\_

## 2.9 Tratamento Psicoterápico

- 1 ( ) Sim  
 2 ( ) Não  
 Qual \_\_\_\_\_

<b>2.10 Outros tratamentos que já utilizou:</b> 1( ) sim 2( ) Não Qual_____									
<p><b>3. DADOS DA INTERNAÇÃO ATUAL</b></p> <p>Data da internação _____</p> <p>Motivo da internação _____</p> <p>Local e serviço que fez encaminhamento _____</p> <p>Tipo de internação: 0( ) Falta informação          1( ) Voluntária          2( ) Involuntária          3( ) Compulsória</p> <p><b>3.1. Diagnóstico:</b> 0( ) Falta informação          1( ) Sem diagnóstico na admissão          2( ) Com diagnóstico pela CID 10 _____</p> <p><b>3.2. Responsável pela internação (descrever)</b> _____</p> <p><b>3.3. Cuidadores atualmente em ordem de importância (descrever)</b></p> <table border="1" data-bbox="229 853 668 1028"> <tr><td>Cuidador 1</td></tr> <tr><td>Idade _____</td></tr> <tr><td>Parentesco _____</td></tr> <tr><td>Importância no tratamento _____</td></tr> </table> <table border="1" data-bbox="724 853 1163 1028"> <tr><td>Cuidador 2</td></tr> <tr><td>Idade _____</td></tr> <tr><td>Parentesco _____</td></tr> <tr><td>Importância no tratamento _____</td></tr> </table> <p>Obs: Se houver mais que dois cuidadores, preencher folha anexa.</p> <p><b>3.4. Medicamentos utilizados no período de internação:</b></p> <p>0( ) Falta informação          1( ) Neurolépticos: _____          2( ) Ansiolíticos: _____          3( ) Estabilizador do Humor: _____          4( ) Anticolinérgicos: _____          5( ) Antidepressivos: _____          6( ) Outros _____</p> <p>Descrição e dosagem _____</p> <p><b>3.5. Quais os tratamentos que a instituição oferece que utiliza/participa:</b></p> <p>0( ) Falta informação          1( ) Grupo psiquiatra          2( ) Grupo assistente social          3( ) Grupo psicóloga</p> <p><b>3.6 Quais atividades que a instituição oferece que utiliza/participa:</b></p> <p>0( ) Falta informação          1( ) Recreação          2( ) Artesanato          3( ) Comissão da Alegria          4( ) Oração          5( ) Outro, qual _____</p> <p><b>3.7 Desfecho do internação</b></p> <p>Tempo da internação: ( ) dias          Data da alta: ____/____/____          Se óbito data: ____/____/____; causa _____          Condições que se encontra na da alta _____</p>	Cuidador 1	Idade _____	Parentesco _____	Importância no tratamento _____	Cuidador 2	Idade _____	Parentesco _____	Importância no tratamento _____	
Cuidador 1									
Idade _____									
Parentesco _____									
Importância no tratamento _____									
Cuidador 2									
Idade _____									
Parentesco _____									
Importância no tratamento _____									



## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar através desse termo de consentimento livre e informado da pesquisa intitulada **“PERFIL DOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL EM TRATAMENTO EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA”**. O referido estudo tem como objetivo caracterizar o perfil de pacientes com transtorno mental internados em unidade psiquiátrica e se justifica pela ausência desse tipo de estudo na quinta regional de saúde. O perfil consiste em um agrupamento de dados referentes à idade, sexo, escolaridade, aspectos da doença, internação e vida familiar. Essa pesquisa será desenvolvida por mim, Thaise Liara da Silva, aluna do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná-UFPR, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Mariluci Alves Maftum, professora lotada no Departamento de Enfermagem da UFPR.

Sua participação nesta pesquisa é livre, e não lhe pagarei nada por participar dela, entretanto, não há riscos, prejuízos, desconfortos ou lesões que possam ser provocados pela pesquisa, não havendo necessidade de indenização ou ressarcimento de despesas. Os benefícios para você são nos fornecer informações que, juntamente com as dos outros participantes, fornecerão subsídios para um melhor planejamento da assistência à saúde mental nesta instituição e em outras que abrangem esta regional de saúde, sendo assim, você será beneficiado indiretamente. O estudo não envolve riscos por se tratar de uma pesquisa em que algumas informações serão obtidas através de seu prontuário e também através de uma conversa na qual farei perguntas sobre a sua história de ter um transtorno mental e de seu tratamento. Nossa conversa será na sala de reuniões dessa unidade e durará cerca de 30 minutos. Assim, ao assinar este termo, você estará dando a autorização para consultar alguns dados no seu prontuário. Você poderá desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento, caso se sinta afetado.

Seu sigilo e anonimato serão mantidos, bem como o livre acesso aos dados, havendo liberdade de não participação em qualquer das fases do processo.

Está garantido o cumprimento de todas as determinações ético-legais antes, durante e após o término desta pesquisa.

Eu, Thaise Liara da Silva, mestrande do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFPR, coloco-me à disposição para esclarecimentos a respeito de qualquer etapa desta pesquisa, e posso ser contatada de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00h, através do fone (042) 3629-8134. Endereço Simeão Varela Sá nº 3 (CEDETEG), no Departamento de Enfermagem. Cascavelzinho, Guarapuava-PR. Endereço eletrônico: [thaiseliara@hotmail.com](mailto:thaiseliara@hotmail.com)

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo da pesquisa. Abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“PERFIL DOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL EM TRATAMENTO EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA”** como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como não haver riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

Guarapuava, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



## APENDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Como responsável pela internação de \_\_\_\_\_ neste hospital, você está sendo consultado com a finalidade de dar o seu consentimento para que ele participe de livre e espontânea vontade desta pesquisa através desse termo de consentimento livre e informado da pesquisa intitulada: “**PERFIL DOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL EM TRATAMENTO EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA**”. O referido estudo tem como objetivo: Caracterizar o perfil de pacientes com transtorno mental internados em unidade psiquiátrica, e justifica-se devido a ausência desse tipo de estudo na quinta regional de saúde. Perfil consiste em um agrupamento de dados referentes à idade, sexo, escolaridade, aspectos da doença, internação e vida familiar. Essa pesquisa será desenvolvida por mim Thaise Liara da Silva aluna do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná-UFPR sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Mariluci Alves Maftum, professora lotada no Departamento de Enfermagem da UFPR.

A participação paciente do qual você é responsável pela internação nesta pesquisa é livre, e não pagarei nada por participar dela, entretanto, não há riscos, prejuízos, desconforto ou lesões que possam ser provocados a ele ou a você pela pesquisa, não havendo necessidade de indenização ou ressarcimento de despesas. Os benefícios para ele são de nos fornecer informações que, juntamente com as dos outros participantes fornecerão subsídios para um melhor planejamento da assistência à saúde mental nesta instituição e outras que abrangem esta regional de saúde, sendo assim ele será beneficiado indiretamente. O estudo não envolve riscos, por se tratar de uma pesquisa em que algumas informações serão obtidas através do prontuário do paciente e também através de uma conversa que farei com ele para perguntar sobre a história dele de ter um transtorno mental e do tratamento que faz e/ ou tem feito. Nossa conversa será na sala de reuniões dessa unidade e durará cerca de 30 minutos. Assim, ao assinar este termo você estará dando a autorização para consultar alguns dados no seu prontuário. Você poderá, se desejar e houver concordância do paciente e sua estar presente durante a entrevista. Nossa conversa será na sala de reuniões dessa unidade e durará cerca de 30 minutos. Preciso da sua autorização ainda para consultar o prontuário do paciente internado o qual você é responsável pela internação e tanto ele quanto você poderão desistir da participação na pesquisa a qualquer momento caso sintam-se afetados.

O sigilo e anonimato seu e do paciente internado sob sua responsabilidade serão mantidos, bem como o livre acesso aos dados, a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo.

Está garantido o cumprimento de todas as determinações ético-legais antes, durante e após o término desta pesquisa.

Eu, Thaise Liara da Silva, mestrande do Programa de Pós Graduação em Enfermagem UFPR – coloco-me à disposição para esclarecimentos a respeito de qualquer etapa desta pesquisa posso ser contatada de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00h, através do fone: (042) 3629-8134. Endereço: Simeão Varela Sá nº 3 (CEDETEG), no Departamento de Enfermagem. Cascavelzinho, Guarapuava-PR. Endereço eletrônico: [thaiseliara@hotmail.com](mailto:thaiseliara@hotmail.com)

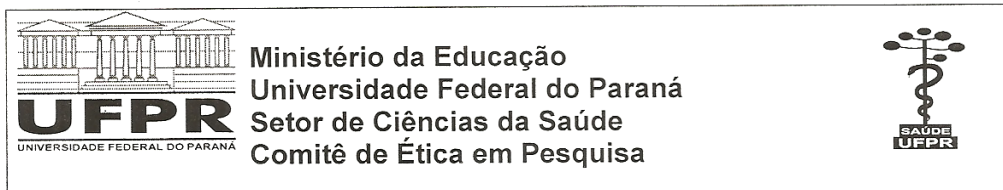
#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA PELO SEU RESPONSÁVEL NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Eu, \_\_\_\_\_, li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo da pesquisa. Abaixo assinado, concordo que \_\_\_\_\_, internado nesta instituição sob minha responsabilidade participe do estudo “**PERFIL DOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL EM TRATAMENTO EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA**”. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como não haver riscos e benefícios decorrentes de minha participação ou de meu familiar. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante    Assinatura do Responsável    Assinatura da Pesquisadora

Guarapuava, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## ANEXO I



Curitiba, 13 de dezembro de 2010

Ilmo (a) Sr. (a)  
**Thaise Liara da Silva**

**Nesta**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Perfil dos Portadores de Transtorno Mental em Tratamento em uma Unidade Psiquiátrica**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 22 de setembro de 2010 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 01 de dezembro de 2010.

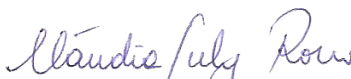
Registro **CEP/SD**: 1016.141.10.09

**CAAE**: 4581.0.000.091-10

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

**Data para entrega do relatório final ou parcial: 01/06/2011.**

Atenciosamente

  
**Profª. Drª. Cláudia Seely Rocco**  
Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

**Profª. Drª. Cláudia Seely Rocco**  
Coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa - SD/UFPR